

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

Cilt: 26

Sayı: 2

2010

HYO

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

Cilt 26, Sayı 2

2010

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU
Hemşirelik Yüksek Okulu Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (Başkan)
Prof. Dr. Gülümser ARGON
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL
Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Olcay ÇAM (Editör)
Prof. Dr. Leyla KHORSHID (Editör Yrd)
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN
Prof. Dr. Aynur ESEN
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY
Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi
Bornova - İzmir

Baskı Tarihi

29.12.2010

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (EÜHYO) tarafından
yılda üç sayı/bir cilt olarak yayınlanır.

HAKEMLİ DERGİ

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

Yayın Türleri

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orjinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayınlanabilir.

Yayın Hakları

Yayınlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERĐİSİ
DERĐİ HAKEM KURULU

PROFESÖRLER

AKBAYRAK Nalan
AKYOLCU Neriman
ARGON Gülümser
ARSLAN Hediye
AŐTI Nesrin
AŐTI Türkinaz
BAHAR Zuhâl
BAŐBÂKKAL Zümrüt
BAYIK TEMEL Ayla
BAYRAKTAR Nurhan
BEDÜK Tülin
BULDUKOĞLU Kadriye
BUZLU Sevim
ÇAM Olcay
ÇAVUŐOĐLU Hicran
ÇİMETE Güler
ECEVİT ALPAR Şule
EMİROĞLU Oya Nuran
ENÇ Nuray
ERCİ Behice
ERDOĞAN Semra
EROĞLU Kafiye
ESEN Aynur
EŞER İsmet
ETİ ASLAN Fatma
FADİLOĞLU Çiçek
GÖKDOĞAN Feray
GÖRGÜLÜ Selma
GÖZÜM Sebahat
HATİPOĞLU Sevgi
KANAN Nevin
KARADAKOVAN Ayfer
KARANİSOĞLU Hacer
KARATAŐ Nimet
KHORSHİD Leyla
KOCAMAN Gülseren
KÖMÜRÇÜ Nuran
NAHÇİVAN Nursen

OCAKÇI Ayőe
OKUMUŐ Hülya
OLGUN Nermin
ÖZ Fatma
ÖZBAŐARAN Ferda
ÖZHAN ELBAŐ Nalan
ÖZSOY Süheyla
PASİNLİOĞLU Türkan
PINAR Rukiye
SABUNCU Necmiye
SAVAŞER Sevim
SEVİĞ Ümit
SEVİL Ümran
ŞİRİN Ahsen
TAŐOCAK Gülsün
ÜSTÜN Besti
YILDIRIM Aytolon
YILDIZ Suzan

DOÇENTLER

ABAAN Süheyla
ACAROĞLU Rengin
AKYOL Asiye
ALTUN İnsaf
ÇELİK Sevilay
DİNÇ Leyla
ERDEMİR Firdevs
KAPTAN Gülten
KARAÇAM Zekiye
KARADAĞ Ayiőe
KULAKAÇ Özen
KUKULU Kamile
UÇAR Hülya
TERZİOĞLU Füsün
YAVUZ Meryem

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hipertanilyon Tanılı Hastalarda Sürekli Öfke ve Öfke Tarzları
Trait Anger and Anger Expression Styles of Patients With Hypertension Applied to The District Health Center
Ayşegül SAVAŞAN, Gönül ÖZGÜR..... 1-15
- Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin İncelenmesi
Investigation of Intensive Care Experiences of the Patients
Ayten ZAYBAK, Ülkü YAPUCU GÜNEŞ..... 17-26
- Koroner Arter Bypass Greft Ameliyat Sonrası Hastalara Verilen Direkt Bakım türü ve Harcanan Zamanın İncelenmesi
Determination of The Time and Type of Direct Care Given to Patients After Coronary Artery Bypass Graft
Hossein ASGAR POUR, Fatma DEMİR KORKMAZ..... 27-36
- Hemşirelik Yüksek Okulu Çoktan Seçmeli Sınav Sorularının Analizi
Analyse Examination Multiple Choice Questions of School of Nursing
İsmet EŞER, Leyla KHORSHID, Ayten ZAYBAK, Ülkü GÜNEŞ,
Yıldız DENAT, Yurdanur DEMİR, Güleğün TÜRK,
Şebnem ÇINAR, Güleendam YÖNT, Esra KORHAN.....37-47
- Öğrenci Hemşirelerin Psikiyatri Hemşireliğini, Ruhsal Hastalıkları ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirmeleri
Nursing Students' Evaluation of Psychiatry Nursing, Mental İlnesses and Psychiatric Nursing Education
Olçay ÇAM, Leyla BAYSAN ARABACI..... 49-66
- Öğrenci Hemşirelerin Genel Sağlık Düzeyi, Stresle Baş Etme Yöntemleri ve Etkileyen Faktörler
The Ways of Coping With Stress, the General Health Level of Nursing Students and Affecting Factors
Sultan ÖZKAN, Emel YILMAZ..... 67-82

Derleme Yazılar

- Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma (YDP)
Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)
Asiye AKYOL..... 83-100
- Kapsül Endoskopide Hemşirenin Rolü
The Nurse's Role in Capsule Endoscopy
Serpil YÜKSEL, Deniz ÖZTEKİN..... 101-109

Editörden Okura,

Değerli Okuyucularımız,

Bu sayımızda altı araştırma ve iki derleme olmak üzere sekiz bilimsel makale yayınlanmıştır. Bu araştırmalardan birincisinde hipertansiyon hastalarında öfke araştırılmıştır. İkinci makalede hastaların yoğun bakım deneyimleri incelenirken, üçüncü makalede ise koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası bakım konusu üzerinde durulmuştur. Sonraki araştırmalarda ise çoktan seçmeli sınav sorularının analizi, öğrencilerin psikiyatri hemşireliği eğitimiyle psikiyatri hemşireliğini değerlendirmesi yapılmış olup, son olarak da öğrenci hemşirelerin genel sağlık düzeyi, stresle baş etme yöntemleri incelenerek, araştırılmıştır. Derleme makalelerinin konuları ise, yaygın damar içi pıhtılaşma ve kapsül endoskopide hemşirenin rolüdür.

Tüm makaleler mesleki bilgi birikiminin gelişerek, genişlemesine katkı sağlayacak özelliktedir. Bu araştırmaları yaparak dergimize gönderen meslektaşlarımıza teşekkür ederken, makalelerin kalitesinin artmasına katkı sağlayan hakemlerimize de teşekkürü borç biliriz. Siz okuyucularımızın dergimize gösterdiği ilgi, derginin devamlılığı ve kalitesi açısından (özellikle kaynak gösterilmesinin değeriyle birlikte) can alıcı öneme sahiptir. Bu katkıların tümü aynı zamanda mesleğimizin gelişmesini de sağlamaktadır.

Emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı, verimli, enerjik günler dileyerek sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Olcay ÇAM
EDİTÖR

m.olcay.cam@ege.edu.tr
olcaycam@yahoo.com

İletişim Mail Adresi:

Özen DURAKOĞLU
ozen.durakoglu@ege.edu.tr

Posta Adresi: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR

**BİR SAĞLIK OCAĞINA BAŞVURAN HİPERTANSİYON TANILI
HASTALARDA
SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE TARZLARI**

*TRAIT ANGER AND ANGER EXPRESSION STYLES OF PATIENTS WITH
HYPERTENSION APPLIED TO THE DISTRICT HEALTH CENTER*

Uzm.Hem. Ayşegül SAVAŞAN*

Yard.Doç.Dr. Gönül ÖZGÜR**

*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM, İzmir

**Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

ÖZET

Amaç: Tanımlayıcı tipteki bu alan araştırması, sağlık ocağına başvuran hipertansiyon tanısı almış bireylerin öfke ve öfke tarzlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma verileri, “Birey Tanıtım Formu” ve Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ile toplanmış ve yüzdelik, ortalama, standart sapma, “t” testi ve varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Hastaların Sürekli Öfke puan ortalaması 21.13±6.61’dir. Etkili faktörler ise eğitim düzeyi, algılanan sosyoekonomik düzey, egzersiz yapma durumu, hipertansiyonun yaşamı etkileme durumu, ruhsal bir hastalığın olması, algılanan fizik ve ruh sağlığı düzeyidir. Öfke içte puan ortalaması 19.44±4.94 olup, etkili faktörler cinsiyet, en uzun yaşanan yer, eğitim düzeyi, bir işte çalışma, algılanan sosyoekonomik düzey, egzersiz yapma, hipertansiyonun yaşamı etkileme durumu, alkol kullanma, algılanan fizik ve ruh sağlığı düzeyidir. Öfke dışı puan ortalaması da 13.10±4.49’dur. Cinsiyet, birlikte yaşanan kişiler, bir işte çalışma durumu, diyet yapma, sigara kullanma, ruhsal bir hastalığın olması, algılanan fizik ve ruh sağlığı düzeyi de etkili faktörlerdir. Öfke kontrol puan ortalaması ise 23.40±4.97 olup, etkili faktörler diyet yapma, ruhsal bir hastalığın olması ve algılanan ruh sağlığı düzeyidir.

Anahtar Kelimeler: Öfke, Öfke tarzı, Hipertansiyon

ABSTRACT

Objective: This descriptive study aims to evaluate anger and anger expression style of hypertensive patients applied to the district health center.

Methods: Data were collected using the “Trait Anger and Anger Expression Scale” and Individual Identity Form and evaluated by percentage, mean, standard deviation, variance and “t”-test.

Results and Conclusion: The mean score of trait anger was 21.13±6.61. For this mean score, education, socioeconomic status, exercises, stress of hypertension, mental disorder, perceived mental and physical health found

effective factors. Likewise, the mean score of anger include was 19.44 ± 4.94 . The effective factors were found to be gender, living place, education, working status, socioeconomic status, exercises, stress of hypertension, using alcohol, perceived mental and physical health. The mean score of anger exclude was 13.10 ± 4.49 . The effective factors were found to be gender, individuals who lives together with, working status, diet, smoking, mental disorder, perceived mental and physical health. The mean score of anger control was 23.40 ± 4.97 . For this mean score, diet, mental disorder, perceived mental health were found effective factors.

Key Words: Anger, Anger Expression, Hypertension

GİRİŞ

Hipertansiyon ülkemizde ve dünyada sık rastlanan, ölüm nedenleri açısından göz ardı edilemeyecek önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada 2000 yılı itibariyle 972 milyon insanda hipertansiyonun var olduğu ve erişkin nüfusun %26.4'ünü oluşturduğu bildirilmektedir (Soydan 2003). Toplumumuzda yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyon hastasının olduğu öngörülmektedir (Öngen 2005). Ülkemizde yapılan araştırmalarda 18 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansının erkeklerde %27, kadınlarda %33 (Aydemir 2001), 40 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansının %43.5, 60 yaş ve üzeri nüfusta ise %63.9 ve %66.7 olduğu saptanmıştır (Emsal 2000). Hipertansiyonun yaşla birlikte artmasına karşın tüm yaş gruplarında da görülmesi nedeniyle ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunudur (Yalçın 2002).

Hipertansiyon etyolojisinde genetik, beslenme, yaş, cinsiyet gibi faktörlerin yanı sıra kaygı, stres ve öfke gibi psikolojik faktörler de etkilidir (Atkinson et al. 1999, Özmen 2003) Görüldüğü gibi, hipertansiyon psikolojik durumu, sosyal ilişkileri ve çevreyle etkileşimi de içine alan geniş bir bakış açısı ile ele alınması gereken bir hastalıktır. Bu araştırmada hipertansiyonda önemli bir faktör olan öfke ele alınacaktır.

Öfke genellikle engellenme, saldırıya uğrama, eleştirilme, tehdit edilme, yoksun bırakılma, kısıtlanma gibi durumlarda hissedilen, saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen olumsuz bir duygu olarak tanımlanmaktadır (Budak 2003). Başka bir anlatımla öfke, bireyin davranışları, amaçları, planları, beklentileri engellendiğinde ve bireyin benliğine bir tehdit algıladığında ortaya çıkar (Balkaya 2001, Bilge ve ark. 2003, Kassinove et al. 2003).

Öfkede de diğer duygusal durumlarda olduğu gibi benzer fizyolojik belirtiler ortaya çıkar (Atkinson et al. 1999, Bilge ve ark. 2005). Öfke düzeyinin yükselmesiyle, kardiyak output ve periferik vazokonstriksiyon artmakta, böylece kan basıncı yükselmektedir (Thomas 1997). Bununla birlikte, nabız ve solunum sayısında artma, terleme, mide ve bağırsaklarda değişiklikler görülür. Ancak öfkeyi ifade etmede yetersizlik yanı sıra bu belirtilerin sık sık yaşanması ve uzun sürmesi

psikosomatik hastalıkların oluşmasına temel oluşturur, organizmada önemli biyolojik tepkileri ortaya çıkararak kendini gösterir (Fassino et al. 2002). Özer de (1994b) öfkenin bastırılması ile hipertansiyon arasında ilişki olduğunu belirtmektedir. Diğer taraftan, kadınların erkeklere göre öfkelerini daha fazla bastırdıkları ya da öfkelerini somatik semptomlarla daha fazla gösterdikleri de ifade edilmektedir (Linden et al. 1997).

Öfke, durumluk ve sürekli öfke olarak iki farklı şekilde görülebileceği gibi, öfkeyi dışa vurma, içte tutma ve kontrol etme gibi öfke tarzı, öfke ifade biçimi olarak da irdelenebilir (Özer 1994a). Bir kişilik özelliği olarak da kabul edilen sürekli öfkenin, orta yaşta olanları hipertansiyon gibi kalp - damar hastalığı açısından risk altına soktuğu belirtilmektedir (Williams et al. 2001, Schum et al. 2003). Bu nedenle, öfke kontrolü önem kazanmaktadır. Öfke kontrolünde amaç, öfkenin dışa vurulmasını engellemek değil, öfkenin nasıl uygun bir dille ifade edilebileceğinin bilinmesidir (Soykan 2003).

Kronik bir hastalık olan hipertansiyonda, yaşam kalitesinin arttırılması yanı sıra hemşirelik bakımının amacına ulaşmasında, hastaların biyo-psiko-sosyal yönleriyle “bütüncül” olarak ele alınması gerekir. Bu yaklaşımın hastane klinikleri ve poliklinikleri kadar toplum sağlığı açısından da önemli olduğu göz ardı edilmemelidir.

Ülkemizde hipertansiyonun ruh sağlığı ile ilişkisini inceleyen araştırmalar algılanan yaşam kalitesi, tedaviye uyum, mizaç ve karakter özellikleri gibi konularda ve genellikle hastane ortamlarında yapılmıştır. Benzer şekilde ulaşılabilen hipertansiyon hastalarında öfke çalışmaları da hastane merkezlidir (Özer 1994b, Sayar 2000, Erkek 2006). Ülke genelinde yaygınlığı göz önüne alındığında hipertansiyon hastalarının öfke ve öfke ifade tarzlarının hastane ortamı dışında da incelenmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Bu düşünceden hareketle, araştırmanın amacı sağlık ocağına başvuran hipertansiyonlu hastaların sürekli öfke ve öfke tarzlarını belirlemek, etkili faktörleri saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu alan araştırmasında, Buca 2 nolu Sağlık Ocağı'na başvuran hipertansiyon tanısı almış bireyler araştırmanın evrenini, 01 Temmuz - 01 Ağustos 2005 tarihleri arasında başvuran, en az altı ay önce hipertansiyon tanısı almış, araştırmaya katılmayı kabul eden 305 birey örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve hastalık özelliklerini kapsayan “Birey Tanıtım Formu” ve Sürekli Öfke - Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) kullanılarak, hastalar tarafından kalem kâğıt tekniği ile toplanmıştır.

Sürekli Öfke - Öfke Tarz Ölçeği, Spielberg ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Özer (1994b) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, her biri ayrı ayrı değerlendirilen Sürekli Öfke yanı sıra, Öfke İçte, Öfke Dışa ve Öfke Kontrol alt ölçeklerinden oluşmuştur. Ölçekteki toplam 36 madde, “Hemen Hiçbir Zaman (1)”, “Bazen (2)”, “Çoğu Zaman (3)”, “Hemen Her Zaman (4)” olarak değerlendirilmektedir. Sürekli Öfke alt ölçeğinin puan aralığı 10-40 dır. Öfke Tarz alt ölçeğinin her bir alt ölçeğinin (Öfke İçte, Öfke Dışa ve Öfke Kontrol) puan aralığı ise 8-32’dir (Özer 1994b, Savaşır ve Şahin 1997).

Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu; öfke kontrol alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; öfke dışa alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edildiğini; öfke içe alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırıldığını göstermektedir. Puanları %75’in üzerinde olanların öfke duygularının, optimum işleyişlerini engelleyeceği ve kişilerarası ilişkilerde çatışmalara, psikolojik ya da fiziksel sorunlara yol açabileceği, aynı zamanda öfke içe puanları yüksek olanların öfke dışa puanları düşük ise, tansiyonlarının da yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Öfke içe ve öfke dışa puanlarının %90’nın üzerinde olması ise kalp krizi açısından risk olduğu kabul edilmektedir (Savaşır, Şahin 1997).

Ölçeğin Cronbach Alfa değerleri sırasıyla sürekli öfke alt ölçeği için 0,79; öfke içte alt ölçeği için 0,62; öfke dışa alt ölçeği için 0,78; öfke kontrol alt ölçeği için 0,84’dür (Savaşır, Şahin 1997). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa değerleri sürekli öfke boyutu için 0,83; öfke içte boyutu için 0,71; öfke dışa boyutu için 0,79; öfke kontrol boyutu için 0,83 olarak bulunmuştur.

Tablo 1: Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puanlarının Dağılımı (N= 305)

	\bar{X}	SD	Max.	Min.	Puan Aralığı
Sürekli Öfke	21,13	6,61	40,0	10,0	10 – 40
Öfke İçte	19,44	4,94	32,0	8,0	8 – 32
Öfke Dışa	13,10	4,49	32,0	8,0	8 – 32
Öfke Kontrol	23,40	4,97	32,0	9,0	8 – 32

Araştırmaya başlamadan önce verilerin toplanabilmesi için ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Kadir Özer’den kullanım izni alınmıştır. Bunun yanı sıra yüksekokulun etik kurulundan yapılabilir onayı, araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı ve hastalardan sözlü onay alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni, hastaların Sürekli Öfke - Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) puan ortalamaları, bağımsız değişkenler ise hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıkları ile ilgili özellikleridir.

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, verilerin dökümü yüzdeler, ortalama, standart sapma, analizleri ise “t” testi ve varyans analizi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 2: Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (N=305)

Sosyodemografik Özellikler	n	%	Sürekli Öfke		Öfke İçte		Öfke Dışa		Öfke Kontrol	
			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Cinsiyet			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Kadın	227	74,4	21,45	6,74	20,27	4,82	12,74	4,45	23,58	4,79
Erkek	78	25,6	20,19	6,17	17,02	4,52	14,14	4,47	22,88	5,48
t/p			1,461/0,14		5,217/0,00*		-2,384/0,0**		1,073/0,28	
Yaş Grubu			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
35-44	24	7,9	21,95	7,64	17,54	5,16	13,62	3,96	22,20	5,34
45-54	112	36,7	21,79	6,94	19,60	4,91	13,75	4,91	23,50	5,28
55-64	92	30,2	20,70	6,15	19,73	4,51	12,83	4,31	22,75	4,87
65 ve üzeri	77	25,2	20,42	6,31	19,45	5,38	12,83	4,31	24,41	4,38
F/p			0,916/0,43		1,336/0,26		1,796/0,14		2,088/0,10	
Uzun Yaşanan Yer			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Büyük Şehir			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
İl	208	68,2	21,06	6,78	18,90	4,95	13,17	4,75	23,61	5,22
İlçe-kasaba	28	9,2	22,17	7,25	20,92	4,37	13,17	4,34	23,39	4,91
Köy	29	9,5	20,86	5,90	20,79	5,34	13,13	4,46	22,48	4,08
F/p	40	13,1	20,95 5,83		20,22 4,67		12,62 3,16		23,00 4,32	
			0,264/0,85		2,748/0,04**		0,172/0,91		0,541/0,65	
Eğitim Durumu			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
İlkokul Mezunu Değil	87	28,5	22,56	6,86	21,10	4,73	13,06	4,66	23,83	4,42
İlkokul Mezunu	149	48,9	21,40	6,78	19,64	4,97	13,20	4,72	23,34	5,26
Orta Okul	25	8,2	20,48	6,36	18,16	4,62	12,68	4,51	23,44	4,66
Lise	30	9,8	17,86	4,46	16,13	3,57	12,50	3,26	22,46	5,69
Fakülte-Yüksekokul	14	4,6	17,57	3,77	16,42	4,12	14,21	3,19	23,28	4,28
F/p			4,147/0,00*		8,310/0,00*		0,422/0,79		0,435/0,78	
Kiminle Yaşadığı			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Eş ve çocuklarla	125	41,0	21,57	7,12	19,34	5,03	13,64	4,21	23,17	4,76
Yalnız	28	9,2	19,17	4,68	18,85	4,81	11,17	3,24	24,25	4,16
Eşle	77	25,3	20,50	6,03	19,57	5,03	12,72	4,28	23,93	5,25
Çocuklarla	28	9,2	22,89	7,86	18,89	4,75	14,50	6,07	22,17	5,39
Akrabalarla	47	15,3	21,10	6,13	20,19	4,88	12,57	4,79	23,38	5,27
F/p			1,427/0,22		0,475/0,75		2,776/0,02**		0,910/0,45	

Çalışma Durumu			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Evet	30	9,8								
Hayır	275	90,2	21,06	6,88	17,43	4,95	14,83	4,48	22,66	4,70
t/p			21,14	6,59	19,66	4,90	12,91	4,46	23,48	5,01
			-0,059/0,95		-2,363/0,01**		2,235/0,02**		-0,857/0,39	
Sosyoekonomik Düzey			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Çok Düşük	22	7,2	23,70	6,48	21,09	4,47	13,63	4,37	22,40	5,37
Düşük	76	24,9	22,84	6,96	20,34	5,12	13,42	4,56	23,36	4,89
Orta	207	67,9	20,22	6,32	18,94	4,86	12,92	4,49	23,52	4,98
F/p			6,453/0,00*		3,594/0,02**		0,501/0,60		0,502/0,60	

* p < 0.01, ** p < 0.05

Araştırma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 57.06±9.73 olduğu, %74.4' ünün kadın, %25.6'sının erkek olduğu, %75.7'sinin evli olduğu, %68.2'sinin en uzun süreyle büyük şehirde yaşadığı, %48.9' unun ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, hastaların %41.0'ünün eş ve çocuklarıyla yaşadığı; %67.9'unun sosyo-ekonomik düzeyini "orta" düzeyde algıladığı; %99.0'unun sağlık güvencesinin olduğu; %90.2'sinin ise bir işte çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Hastalık Özelliklerine göre Dağılımı (N=305)

Hastalık Özellikleri	n	%	Sürekli Öfke		Öfke İçte		Öfke Dışa		Öfke Kontrol	
			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
<u>HT Yılı</u>										
1 yıl ve altı	34	11,1	20,91	6,90	20,26	5,52	13,35	3,89	25,41	3,59
2-10 yıl	198	64,9	21,32	6,82	19,19	4,64	13,28	4,78	23,09	5,24
11-19 yıl	46	15,1	20,93	5,88	19,89	5,86	12,52	3,72	22,86	4,75
20 yıl ve üstü	27	8,9	20,33	6,07	19,51	4,81	12,44	4,26	24,11	4,33
F/p			0,214/0,88		0,608/0,61		0,587/0,62		2,498/0,06	
<u>HT Kontrol Davranışı</u>										
<u>Egzersiz</u>										
Evet			19,14	6,65	17,47	4,82	12,73	4,46	24,33	5,15
Hayır	63	20,7	21,65	6,51	19,95	4,86	13,19	4,51	23,16	4,91
t/p	242	79,3	-2,710/0,00*		-3,616/0,00*		-0,735/0,46		1,663/0,09	
<u>Diyet</u>										
Evet			20,69	6,17	19,53	5,15	12,22	4,02	X	SD
Hayır	130	42,6	21,46	6,92	19,38	4,80	13,75	4,72	24,37	4,63
t/p	175	57,4	-1,023/0,30		0,258/0,79		-3,050/0,00*		22,68	5,11
									2,971/0,00*	
<u>HT Yaşama Etkisi</u>										
Hiç etkilemedi			X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Etkilemedi	21	6,9	18,61	6,64	18,04	5,92	14,33	5,48	24,66	5,14
Şöyle Böyle Etkiledi	42	13,8	17,69	4,78	17,42	4,28	12,11	3,20	23,59	4,74
Etkiledi	55	18,0	20,65	6,24	18,49	4,62	12,96	4,52	23,67	5,23
Çok Etkiledi	88	28,9	20,15	5,51	19,45	4,44	12,85	3,94	23,18	4,48
	99	32,5	24,26	7,16	21,12	5,12	13,55	5,12	23,11	5,34
F/p			10,960/0,00*		5,863/0,00*		1,231/0,29		0,519/0,72	

<u>Algılanan Fizik</u>				\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
<u>Sağlık</u>	23	7,5	25,82	5,62	23,95	3,99	14,47	5,29	21,13	5,86	
Çok Kötü	29	9,5	24,17	7,45	22,27	4,32	14,75	5,97	22,41	6,38	
Kötü	118	38,8	21,18	6,23	19,58	4,73	13,36	4,43	23,44	4,60	
Şöyle Böyle	109	35,7	19,15	5,65	17,87	4,39	11,88	3,32	23,80	4,61	
İyi	26	8,5	21,65	8,58	18,26	5,84	13,96	5,39	24,65	5,12	
Çok İyi											
F/p			7,490/0,00*		11,749/0,00*		4,023/0,00*		2,106/0,08		
<u>Algılanan Ruh</u>				\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
<u>Sağlığı</u>	35	11,5	27,85	7,79	22,14	5,03	16,91	6,23	20,14	5,67	
Çok kötü/Kötü	98	32,1	22,42	6,12	20,33	4,74	13,45	4,40	22,73	5,19	
Şöyle Böyle	146	47,9	19,10	5,18	18,62	4,57	11,91	3,22	24,41	4,06	
İyi	26	8,5	18,57	6,90	17,07	5,59	13,26	5,34	24,65	5,69	
Çok iyi											
F/p			23,385/0,00*		8,427/0,00*		13,443/0,00*		8,784/0,00*		
<u>Ruhsal Hastalık</u>				\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Var (Depresyon	37	12,1	24,00	7,52	20,18	4,42	14,75	5,11	21,24	5,65	
%9,5)	268	87,9	20,73	6,39	19,34	5,01	12,87	4,36	23,70	4,81	
Yok											
t/p			2,843/0,00*		0,974/0,331		2,407/0,01**		2,523/0,01**		
<u>Sigara Kullanma</u>				\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Evet	78	25,6	22,23	6,89	19,46	5,24	14,17	4,84	22,84	5,36	
Hayır	227	74,4	20,75	6,48	19,44	4,85	12,73	4,32	23,59	4,83	
t/p			1,702/0,09		0,032/0,97		2,474/0,01**		-1,153/0,25		
<u>Alkol Kullanma</u>				\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Evet	16	5,2	18,62	5,87	15,81	3,60	14,56	3,44	22,43	5,75	
Hayır	289	94,8	21,27	6,63	19,64	4,94	13,02	4,53	23,46	4,93	
t/p			-1,562/0,11		-3,058/0,00*		1,336/0,18		-0,799/0,42		

* p < 0.01, ** p < 0.05

Araştırmaya katılan hastaların hipertansiyon tanısı alma yılı ortalaması 8.07± 6.44 dır. Tansiyonu kontrol altında tutmak için hastaların %20.7'si egzersiz, %42.6'sı diyet yapmaktadır. Hastaların % 6.9 hipertansiyonun yaşamlarını hiç etkilemediğini % 13.8' etkilemediğini ifade ederken, %28.9'u hipertansiyonun yaşamlarını etkilediğini, %32.5'i ise "çok" etkilediğini belirtmiştir. Diğer taraftan hastaların %25.6'sı sigara; %5.2'si ise alkol kullandığını ifade etmiştir (Tablo 3). Araştırmaya katılan hastaların hipertansiyon tanısı yeni değildir. Bu bağlamda, hastaların yarısından fazlasının (%61.4) hipertansiyonun yaşamlarını etkilediğini söylemeleri, süreci bütün yönleriyle yaşamaları nedeniyle

olabilir. Diğer taraftan, yarısına yakınının diyet yanı sıra egzersiz yaptıklarını ifade etmeleri, hastalıklarının kabul etikleri ve konuyla ilgili bilgi sahibi olduklarını düşündürmektedir. Ancak çok yüksek oranda olmasa da sigara ve alkol kullananların bulunması, hastalık sürecindeki farkındalık düzeyinin yeterli olmadığını ve “inkâr” mekanizmasının kullanıldığı şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların yarısı (%47.9 “iyi”, %8.5 “çok iyi”) ruh sağlığını iyi yönde değerlendirmiştir. Ancak hastaların %12,1’i ruhsal bir rahatsızlığı olduğunu ve ruhsal rahatsızlık olarak da ilk sırada depresyonu (%9.5) belirtmişlerdir (Tablo 3). Ruhsal durum değişikliklerinin farkında olunması ya da ifade edilmesi, belirtilerin hem soyut olması hem de kültürel olarak fazla kabul görmemesi nedeniyle çok kolay değildir. Hastaların ruh sağlıklarını olumlu yönde değerlendirmeleri, sözü edilen zorluklar nedeniyle olabilir. Aynı zamanda bu değerlendirme, hastaların çoğunluğunun (%88.9) hipertansiyon tanısının yeni olmaması böylece hastalık sürecine uyum sağlamış olmalarına da bağlanabilir. Diğer taraftan ruhsal rahatsızlığı olanların ilk sırada depresyonu belirtmesi, psikolojik etkenlerin hipertansiyon gelişmesinde rol oynadığı ya da depresyonun hipertansiyona eşlik ettiğini belirten kaynaklarla uygunluk göstermektedir (Özmen 2003, Öztürk 2001, Özmen ve ark. 1997).

Hastaların yarısına yakınının (%38.7 “şöyle böyle”) fizik sağlıklarını değerlendirirken kararsızlık yaşadığı, yarısına yakınının da olumlu yönde (%35.7 “iyi” ve %8.5 “çok iyi”) değerlendirdiği görülmektedir (Tablo 3). Hastaların fizik sağlıklarını da ruh sağlıklarına benzer şekilde olumlu yönde değerlendirmeleri, ruh sağlığı değerlendirmesinin bir yansıması olarak yorumlanabilir. Aynı zamanda bu bulgular fizik sağlık değişikliklerinin kabullenilmesi kadar kabul edilmemesinin bir göstergesi de olabilir.

Hastaların Sürekli Öfke puan ortalaması 21.13 ± 6.61 iken, Alt ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla; Öfke İçte puan ortalamasının 19.44 ± 4.94 , Öfke Dışa puan ortalamasının 13.10 ± 4.49 ve Öfke Kontrol puan ortalaması ise 23.40 ± 4.97 olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Hastaların öfke alt ölçeklerinden Öfke Kontrolü puan ortalamasının sırasıyla Öfke Dışa ve Öfke İçte puan ortalamalarından yüksek bulunması, öfkelerini kontrol edebildiklerini ancak öfkelerini kolayca ifade etmek yerine öfkelerini bastırdıklarını göstermektedir. Öfke ifadesinin bastırma şeklinde olmasının hipertansiyon için önemli bir faktör olduğu da belirtilmektedir (Savaşır, Şahin 1997). Bu bilgi, araştırmanın bu bulgusunu desteklemektedir.

Hastaların ölçek toplam puanları, yüzdeler üzerinden (%75) değerlendirildiğinde, Sürekli Öfke ortalama puanı %70.43, Öfke İçte ortalama puan %81, Öfke Dışa ortalama puanı %54.58 ve Öfke Kontrol ortalama puanı %97.5 dir. Bu değerlendirmeye göre hastaların Öfke

Dışa ortalama puan yüzdesinin en düşük ve Sürekli Öfke ortalama puan yüzdesinin ise düşük olduğu, buna karşın Öfke Kontrol ortalama puan yüzdesinin en yüksek ve Öfke İçte ortalama puan yüzdesinin ise yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların öfke İçte ortalama puan yüzdesinin yüksek, öfke dışa ortalama puan yüzdesinin ise düşük olduğu sonucuna varılabilir. Hipertansiyon hastaların öfke içe ve öfke dışa puan yüzdelерinin bu şekilde olduğu ileri sürülmektedir (Savaşır, Şahin 1997). Ancak ölçeğin orijinal değerlendirmesi ve Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında kesme noktaları ya da değerlendirme puan aralıkları verilmediği için ölçek puanlarını net bir şekilde yordama çok zor olmaktadır.

Bu konuda yapılan araştırmalara baktığımızda, araştırma bulgularının, Özer (1994b) ve arkadaşlarının hipertansiyonlu hastalarla yaptığı araştırmada saptadığı Sürekli öfke (23.14±7.43) ve Öfke dışa (14.52±5.57) puan ortalamalarından daha düşük, Öfke içte (18.88±4.62) puan ortalamasından daha yüksek olduğu, öfke kontrol (23.56±6.20) puan ortalamasıyla ise benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Erkek (2006) ve arkadaşlarının hipertansiyon polikliniğine gelen hastalarla yaptıkları araştırmada da, Sürekli öfke puan ortalaması 16.76 ± 4.18, Öfke içte puan ortalaması 13.92 ± 2.90, Öfke dışta puan ortalaması 12.38 ± 2.68 ve Öfke kontrol puan ortalaması 21.57 ± 2.70 olarak saptanmıştır. Sürekli öfke ve Öfke ifade tarzı puan ortalamalarının bu araştırmada bulunan sonuçlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu farkın, araştırmaya katılanların araştırma sorularına verdikleri önem yanı sıra fizik ortam özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı söylenebilir.

Sayar (2000) ve arkadaşlarının öfke atakları olan depresif hastalarla yaptıkları araştırmada, Öfke dışa puan ortalaması 17.7±3.7, öfke içte puan ortalaması 18.5±3.5, öfke kontrol puan ortalaması 17.8±4.2, sürekli öfke puan ortalaması 25.3±4.7 olarak saptanmıştır. Sürekli öfke ve Öfke dışa puanlarının, hipertansiyon hastalarından daha yüksek olduğu; Öfke içe ve Öfke kontrol puanının ise hipertansiyon hastalarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu farklılıkların hastalıkların özelliklerinden kaynaklandığı açıktır.

Engin (2005) ve arkadaşlarının alkol ve madde bağımlısı bireylerle yaptıkları araştırmada da, hastaların sürekli öfke puan ortalamaları 24.34 ± 7.17, öfke içte puan ortalamaları 19.26 ± 4.37, öfke dışta puan ortalaması 18.46 ± 4.80 ve öfke kontrol puan ortalaması 20.96 ± 4.78 olarak saptanmıştır. Sürekli öfke ve öfke içe puan ortalaması dışında, diğer öfke ifade tarzı puan ortalamalarının bu araştırmada bulunan sonuçlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu farklılıklarında yukarıda belirtildiği gibi hastalıkların özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmada cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p>0.05$), öfke içte puan ortalamasının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu ($p<0.05$), öfke dışa puan ortalamasının ise erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 2). Erkeklerde fke dışa puan ortalamasının yüksek bulunması, erkek egemen toplumumuzda öğrenilmiş davranış modeli olarak değerlendirilebilir. Bu konuda yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar çıkmıştır. Erkek (2005) ve arkadaşlarının hipertansiyonu olan hastalarla yaptığı araştırmada, erkeklerin sürekli öfke ve öfke dışa puan ortalamalarının kadınlardan yüksek bulunması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Karaca ve şahin'in (2005) görme engelli ergenlerle yaptıkları araştırmada da, sürekli öfke, öfke dışa puan ortalamalarının ve öfke içte puan ortalamalarının kızlara göre erkeklerde yüksek olmasının anlamlı fark yarattığı saptanmıştır.

Diğer taraftan, sağlıklı kadınlarla yapılan bir çalışmada öfke dışa puan ortalamasının 12.71 ± 2.46 , öfke içte puan ortalamasının 13.74 ± 3.37 ve öfke kontrol puan ortalamasının ise 26.05 ± 4.41 olduğu bulunmuştur (Siegman et al. 2002). Bu araştırma kapsamındaki hipertansiyonlu kadın hastaların öfke dışa puan ortalamaları (12.74 ± 4.45) sağlıklı kadınların puan ortalamaları ile benzerlik gösterirken, öfke içte puan ortalamalarının (20.27 ± 4.82) daha yüksek, öfke kontrol puan ortalamalarının (23.58 ± 4.79) ise daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak sağlık ve hastalık faktörü dışında, araştırmaların farklı toplumlarda/kültürlerde yapılmış olması, bulguların karşılaştırılması açısından çok anlamlı olmayacaktır.

Yaş gruplarına göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$), (Tablo 2). Bu ölçeğin kullanıldığı diğer araştırmalarda da yaşın etkili faktör olmadığı bulunmuştur (Durmuş 2000, Erkek 2006)

Hastaların en uzun süre yaşadıkları yere göre sürekli öfke, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark bulunmazken; öfke içte puan ortalamalarının büyük şehirde yaşanlarda en düşük, köyde yaşayanlarda ise en yüksek olmasının anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 2). Ohiro et al.nın (2002) Japon toplumunda yaptıkları araştırmada da, kentsel bölgede yaşayanların sürekli öfke, öfke içte ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, öfke dışa puan ortalamalarının kentsel bölgeye göre kırsal bölgede yaşayanlarda yüksek bulunmasının anlamlı fark yarattığını saptanmıştır. Araştırmalar arasındaki farklılıklar, öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesinde de yerleşim yeri faktörünün toplumsal /kültürel açıdan önemli olduğunun göz ardı edilmemesi gerektiğini dşndrmektedir.

Eğitim durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe sürekli öfke düzeyinin düştüğü, ilkokul mezunu olmayanlarda en yüksek, fakülte/yüksekokul mezunlarında en düşük olduğu ve aradaki farkın da anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Benzer şekilde öfke içte puan ortalamalarının eğitim düzeyi yükseldikçe düştüğü, ilkokul mezunu olmayanlarda en yüksek iken, lise ve fakülte/ yüksekokul mezunlarında en düşük olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarının ise, eğitim düzeyine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p > 0,05$), (Tablo 2). Her alanda önemli olduğu bildiğimiz eğitimin, bu araştırmadaki Sürekli fke ve öfke içte bulgularında da önemli olduğu görülmektedir. Öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarında etkili olmaması, eğitimden çok kültürel özelliklerin bir yansıması olarak düşünülebilir. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda, eğitim düzeyinin sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarında etkili olmadığının saptanması (Durmuş 2000) ve eğitim düzeyinin sadece öfke dışa puan ortalamasında etkili bulunması (Erkek 2005) araştırma bulgularını desteklememektedir.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre puan ortalamaları incelendiğinde, öfke dışa puan ortalamasının yalnız yaşayanlarda en düşük, çocuklarıyla yaşayanlarda en yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Birlikte yaşanan kişilere göre sürekli öfke, öfke içte ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p > 0,05$), (Tablo 2). Yalnız yaşayanların hastalık yanı sıra yaşamı tek başına sürdürmeleri nedeniyle öfkelerini daha fazla dışa yansıtmaları beklenirken, yansıtmadıkları görülmektedir. Tek başına yaşamanın öfkenin dışa yansıtılmasını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Bir işte çalışma durumuna bakıldığında, sürekli öfke ve öfke kontrol puan ortalamalarında çalışanlarla çalışmayanlar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,05$); bir işte çalışanların öfke içte puan ortalaması, alışmayanlardan daha düşük, öfke dışa puan ortalaması ise çalışanlarda, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$), (Tablo 2). Başka bir anlatımla, bir işte çalışanların öfkelerini çalışmayanlara göre daha kolay ifade ettikleri, buna karşın bir işte çalışmayanların öfkelerini çalışanlara göre daha fazla bastırđıđı görülmektedir.

Hastaların algıladıkları sosyoekonomik düzeyler ile öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) bulunmuştur. Diğer taraftan sürekli öfke puan ortalamalarının, “ok düşük” düzeyden “orta” düzeye doğru azaldığı, bu farkın anlamlı olduğu ($p < 0,05$), benzer şekilde öfke içte puan ortalamalarının da “ok düşük” düzeyden “orta” düzeye doğru azaldığı, bu farkın da anlamlı olduğu ($p < 0,05$) bulunmuştur (Tablo 2). Hastaların algıladıkları

sosyoekonomik düzey azaldıkça sürekli öfke düzeyinin arttığı ve öfkelerini daha fazla bastırıldığı söylenebilir.

Hipertansiyon hastası olma süresine göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$), (Tablo 3). Hastalık süresindeki artışın, hastaların sürekli öfke ve öfke tarzlarında hiçbir farklılık yaratmadığı görülmektedir.

Tansiyonu kontrol altında tutmak için egzersiz yapanların sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamaları, yapmayanlara göre daha düşük bulunurken ($p<0.01$); öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.01$). Egzersiz yapmanın sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamalarını düşürdüğü görülmektedir. Egzersiz yapma, stres ve öfkeyle baş etmede olumlu yöntem olarak kabul edilmektedir (Bilge ve ark. 2005). Bu bağlamda, egzersizin sürekli öfkede ve öfkenin bastırılmasında beklendiği gibi etkili bulunmuştur. Buna karşın öfkenin rahatça ifade edilmesinde ve kontrolünde etkili olmaması beklenen bir sonuç değildir.

Diyet yapanların ve yapmayanların sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamaları arasında da fark bulunmazken ($p>0.01$); diyet yapanların öfke dışa puan ortalaması daha düşük, öfke kontrol puan ortalaması ise daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$), (Tablo 2). Diyet yapmanın öfkenin kolayca ifadesini olumsuz yönde etkilemesi, diyet yapmanın kendisinin de öfkeye neden olmasına bağlanabilir. Buna karşın diyet yapmanın başarı duygusu ile birlikte öz-güveni arttıracığı, dolayısıyla öfkelerini daha fazla kontrol edebildikleri söylenebilir.

Hipertansiyonun yaşama etkisi incelendiğinde, sürekli öfke ve öfke içte puan ortalamalarının yaşamı etkilemediğini ifade edenlerden, etkilediğini ifade edenlere doğru arttığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Buna karşın, hastaların öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarında anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 2). Hipertansiyonun yaşamı etkilediğini belirtenlerde sürekli öfke düzeyinin yüksek olduğu ve öfkelerini daha fazla bastırdıkları söylenebilir. Diğer taraftan, hastalık sürecinde hastaların yaşayacağı zorlukların, öfkeye neden olacağı başka bir anlatımla yaşanacak durumluk öfkenin sürekli öfke ve öfke tarzları ile paralellik göstereceği göz ardı edilemez. Bu nedenle durumluk öfkenin sürekli öfkeye ve öfke içte alt boyutuna yansıdığı düşünülmektedir.

Algılanan fizik sağlığı düzeyleri incelendiğinde, sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışa puan ortalamalarının “çok kötü”den “çok iyi” ye doğru azaldığı, bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Öfke kontrol puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 2). Hastaların

algıladıkları ruh sağlığı düzeylerinde ise, sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı puan ortalamalarının “çok kötü”den “çok iyi” ye doğru azaldığı, bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Öfke kontrol puan ortalamalarının farklı olarak, “çok kötü”den “çok iyi” ye doğru arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$), (Tablo 2). Bu bulgular, algılanan her iki sağlık düzeyine uygunluk göstermesi açısından beklenen sonuçlardır. Aynı zamanda her iki sağlık değerlendirmesinin benzerliği, fizik ve ruh sağlığının birbirlerini etkilediği görüşünü de desteklemektedir. Erkek (2005) ve arkadaşları da hipertansiyonlu hastaların ruhsal sağlığı değerlendirme düzeylerinin sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları için etkili faktör olduğunu saptamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma bulguları sonucunda,

- Sürekli Öfke puan ortalamasının 21.13 ± 6.61 olduğu, etkili faktörlerin eğitim, algılanan sosyoekonomik durum, egzersiz yapma, hipertansiyonun algılanan yaşama etkisinin, algılanan fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendirme durumu olduğu,
- Öfke İçte puan ortalamasının 19.44 ± 4.94 olduğu ve etkili faktörlerin ise cinsiyet, yaşanan yer, eğitim, bir işte çalışma, algılanan sosyoekonomik durum, egzersiz yapma, hipertansiyonun algılanan yaşama etkisinin, algılanan fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendirme olduğu,
- Öfke Dışa puan ortalamasının 13.10 ± 4.49 olduğu ve cinsiyet, birlikte yaşanan kişiler, bir işte çalışma, diyet yapma, algılanan fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendirmesinin etkili faktörler olduğu,
- Öfke Kontrol puan ortalamasının ise 23.40 ± 4.97 olduğu, diyet yapma ve algılanan ruhsal sağlığı değerlendirme durumunun etkili faktörler olduğu bulunmuştur.
- Bu sonuçlar doğrultusunda; Hipertansiyonlu hastaların
- Bakım ve tedavisinde öfke düzeylerinde etkili faktörlerin dikkate alınması,
- Durumluk öfke düzeylerinin ve etkili faktörlerinin de incelenmesi,
- Öfke ifadesi ve kontrolü konularında kendisine ve ailesine eğitim verilmesi,
- *Grup oluşturmaları ve belli aralıklarla toplanmaları sağlanarak, farkındalıklarının artırılması ve yaşanan duygularla baş etmelerinin kolaylaştırılması,

- Hasta bakımının amacına ulaşabilmesi için hemşirelere hastalığın psiko-sosyal yönünü de kapsayan hizmet içi eğitim verilmesi,
- Duyguların daha kapsamlı öğrenilebilmesi için niteliksel araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, et al.(1999). Psikolojiye Giriş. (çev.: Alogan Y), 1. Baskı. Ankara, Arkadaş Yayınları. 495-501
2. Aydemir A (2001). Toplumumuzda Hipertansiyon Prevalansı ve Esansiyel Hipertansiyonda Lipid Peroksidasyonu, Total Antioksidan Kapasite. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
3. Balkaya F (2001). Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi ve Bazı Semptom Gruplarındaki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
4. Bilge A, Ünal G (2003). Investigation of Anger and Anxiety Developed By Individuals Having Familial Cancer Susceptibility in the Prevention of Cancer. I. Regional Meeting Of The Asian Pasific Organization For Cancer Prevention, İzmir
5. Bilge A, Ünal G (2005). Öfke, Öfke Kontrolü Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(1) : 189-196
6. Budak S (2003). Psikoloji Sözlüğü. 2. Baskı. Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları: 560-561
7. Durmuş D, Öztürk H, Kurşun M (2000). Hemşirelerin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(2-3): 21-29
8. Emsal T (2000).Kalecik Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
9. Engin E, Gültekin K, Coşkunol H, Horozoğlu N (2006). Alkol ve Madde Bağımlılarında Öfke Duygusu ve Kişilerarası İlişki Tarzı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi , 22 (1) : 211-223
10. Erkek N, Özgür G, Gümüş AB(2006). Hipertansiyon tanısı alan bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2): 9-18
11. Fassino S, Piero` A, Boggio S, et al. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. Human Reproduction and Embryology.17(11): 2986-2994
12. Kassinove H, Tafrate RC (2003). Anger Management: the complete treatment guidebook for practitioners. 3.Edition. Atascadero.Impact Publishers. 12-20
13. Linden W, Leung D, Chawla A, et al. (1997). Social determinants of experienced anger. Journal of Behavioral Medicine, 20(5):415-432
14. Ohira T, Iso H, Tanigawa T, Sankai T, et al. (2002). The relation of anger expression with blood pressure levels and hypertension in rural and urban Japanese communities. Journal of Hypertension. 20(1):21-27

15. Öngen Z. (2005) Çözümü zor bir toplumsal sorun: Hipertansiyon, Klinik Gelişim, 18: 4-7
16. Özer AK (1994a). Öfke, kaygı ve depresyon eğilimlerinin bilişsel alt yapısıyla ilgili bir çalışma. Türk Psikoloji Dergisi, 9(31): 12-25
17. Özer AK (1994b). Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-Tarz) ölçekleri ön çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 9(31): 26-34
18. Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E (1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Hekimler Yayın Birliği, Ankara:117-133
19. Özmen M (2003). Dahiliye ve Psikiyatri III, Hipertansiyon, Anksiyete ve Depresyon. Mas Matbaacılık, İstanbul: 7-18.
20. Öztürk MO (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8.basım. Ankara, Feryal Matbaası:463-470
21. Savaşır I, Şahin NH, (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme:Sık kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 9,70-74.
22. Sayar K, Guzelhan Y, Solmaz M, et al. (2000). Anger attacks in depressed Turkish outpatients. Annals of Clinical Psychiatry, 12(4): 213-218
23. Schum JL, Jorgensen RS, Verhaeghen P, et al. (2003). Trait anger, anger expression, and ambulatory blood pressure: A meta-analytic review. Journal of Behavioral Medicine, 26(5): 395-415
24. Siegman AW, Malkin AR, Boyle S, et al. (2002). Anger, and plasma lipid, lipoprotein, and glucose levels in healthy women: The mediating role of physical fitness. Journal of Behavioral Medicine, 25(1): 1-16
25. 25- Soydan I. (2003). Hipertansiyonla ilgili TEKHARF çalışması verileri ve yorumu. In: Onat A, ed. Oniki Yıllık İzleme Deneyimine göre Türk Eriskinlerinde Kalp Sağlığı. İstanbul, ARGOS İletişim Hizmetleri.
26. 26- Soykan Ç(2003). Öfke ve öfke yönetimi. Kriz Dergisi, 11(2): 19-27
27. 27- Thomas SP (1997). Women's anger: relationship of suppression to blood pressure. Nursing Research. 46(6):324-30
28. Williams JE, Nieto FJ, Sanford CP, et al. (2001). Effects of an angry temperament on coronary heart disease risk. American Journal of Epidemiology.154(3): 230-235
29. Yalçın BM (2002). Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etyolojik Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne.

HASTALARIN YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF INTENSIVE CARE EXPERIENCES OF THE PATIENTS

Yard.Doç.Dr. Ayten ZAYBAK

Yard.Doç.Dr. Ülkü YAPUCU GÜNEŞ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşadıkları deneyimleri ve bunu etkileyen etmenleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Metod: Araştırma Ocak 2008-Ağustos 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ege bölgesinde iki ayrı üniversite hastanesinin, koroner yoğun bakım ve göğüs kalp damar cerrahisi yoğun bakım kliniklerinde, en az 24 saat kaldıktan sonra servise çıkan 76 hasta oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında, sosyo-demografik özelliklerini içeren bilgi formu ile Rattray ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilip, Demir ve arkadaşları (2009) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanan Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 54.3±11.5 olup, %53.9'u erkek, %72.4'ü evli, %34.2'si ilkokul mezunudur. Hastaların %52.6'sının yoğun bakımda buldukları süre içinde solunum cihazına bağlı olduğu, yoğun bakımda kalma sürelerinin 3.5±1.4 gün olduğu belirlenmiştir. Hastaların ölçek toplam puan ortalamasının 57.7±5.5 olduğu, hastaların yaşlarının artmasıyla yaşanan kötü deneyimlerde azalma olduğu ($p<0.05$), evli hastaların ($p<0.001$) ve yoğun bakım da kaldığı süre içinde solunum cihazına bağlanan ($p<0.05$) hastaların yoğun bakım deneyimlerinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda, yoğun bakım ünitesinde hastaların kısmen olumsuz deneyimler yaşadığı saptanmıştır. Bunun yanında, genç hastaların, evli hastaların ve mekanik ventilatöre bağlı hastaların daha fazla olumsuz deneyimler yaşadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, deneyim, hasta, hemşirelik

ABSTRACT

Aim: This research is a descriptive study which has been carried out to investigate experiences lived by the patients in intensive care unit and the factors that affect these experiences.

Method: This research was carried out between the date of January 2008 and August 2008. The sample of the study consisted of 76 patients who were

admitted to the coronary intensive care units and the intensive care units of the thoracic and cardiovascular surgery of the two different university hospital in Aegean zone, who transferred to the clinic after staying at least 24 hours in the intensive care unit.

In collecting the data, the information form related to the socio-demographic characteristics and The Intensive Care Experience Scale which has been developed by Rattray et al (2004) and studied reliability and validity of the Turkish version by Demir et al (2009) were used.

Results: The mean age of the patients in the study was 54.3±11.5, 53.9% of them were men, 72.4% were married, and 34.2% were primary school graduates. It was determined that 52.6% of the patients had ventilated during their stay in the intensive care unit, their duration of stay in the intensive care unit were 3.5±1.4 days. It was found that the total scale score was 57.7±5.5, there was a decreasing in the lived negative experiences while the patient's age increased ($p<0.05$) and the intensive care experiences of the patients who were married ($p<0.001$) and ventilated during their stay in the intensive care unit were more negatively ($p<0,05$).

Conclusion: At the end of the study, it was determined that the patients in the intensive care units lived negative experiences partly. In addition, it was found that the patients, who were young, married and received mechanical ventilator lived more negative experiences.

Key Words: Intensive care, experience, patient, nursing

GİRİŞ

Günümüzde yoğun bakım üniteleri (YBÜ) uzman doktor, hemşire, teknik personel ve modern cihazlarla donatılmış üniteler olup; durumu kritik olan hastaların tedavi ve bakımlarının sağlanmasında hastanelerin ayrılmaz bir parçası haline gelmiş, özel bakım ve tedavi birimleridir (Demir ve ark. 2009, Ünver 2005). YBÜ en ağır hastalara bakım vermek üzere tasarlanmışlardır. Bilim ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak, yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hasta sayısı da artmıştır (Wojnicki-Johansson 2001). Bununla birlikte özellikle son yıllara kadar hastaların hayatta kalmalarının sağlanması yoğun bakım adına başarılı bir sonuç olarak sayılmakla beraber yoğun bakım ünitelerinin hastalar için rahatsız edici bir ortam olabileceği ve hastaların yoğun bakım ortamında kaldıkları süre içinde duygusal olarak birtakım olumsuzluklar yaşayabilecekleri belirtilmektedir (Rattray ve ark. 2004, Rattary ve ark. 2005).

Herhangi bir hastalığın varlığı durumunda ortaya çıkabilen stresin yoğunluğu, yoğun bakım ünitesine kabulü gerektirecek kadar ciddi bir hastalık varlığında daha da artabilmektedir (Akıncı ve ark. 2007). Gelişen teknolojiyle birlikte YBÜ'nde her geçen gün daha fazla teknolojik aracın kullanılması, yaşam kurtarıcı olmakla birlikte hasta ve yakınları için korkutucu olabilmektedir (Kutlu 2009). Bununla birlikte, yaşamı

tehdit altında olan bilinci açık hastalar monitörizasyon, infüzyon setleri, idrar sondası gibi nedenlerden dolayı hareket kısıtlılığı yaşamakta, çeşitli tıbbi araç-gerecin monoton sesleri ve tekrarlanan ağırlı girişimlere maruz kalabilmektedirler. Ayrıca bu hastalar; yoğun bakımda yatmayı gerektirecek durumda olma, gece-gündüz ayrımının kaybedilmesi ve uyku düzenindeki değişim, izolasyon, alışık olunmayan çevre ve kişiler, aile üyelerini ve yakınlarını görememe, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme gibi nedenlerden dolayı psikolojik olarak olumsuz etkilenebilmektedirler (Kutlu 2009, Özer ve Akyıl 2005, Standon 1991). Literatürde, mekanik ventilasyonun hastalarda ortyantasyon bozukluğu, yalnızlık, güçsüzlük, bilinmezlik korkusu, duyuşsal yoksunluk, ajitasyon, anksiyete, depresyon ve deliryum gibi çeşitli psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmektedir (Demir ve ark. 2009, Granberg ve ark. 1998, Pınar 2003, Sekmen ve Hatipoğlu 1999). Bazı hastalarda yoğun bakımda kalmanın bir sonucu olarak depresyon görülebilmektedir (Özer ve Akyıl 2005). Yoğun bakımda kalma hem yoğun bakımda hem de yoğun bakımdan sonraki dönemde hastaların psikolojik olarak iyi olmasında etkili olmakta (Hofhuis ve ark. 2008, Pattison 2005), çeşitli derecelerdeki depresyon veya anksiyete, hastanın iyileşme sürecini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Granja ve ark. 2005, Sukantarat ve Brett 2003).

Yoğun bakım deneyimleri ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, çalışmaların genellikle objektif bir değerlendirme ölçüm aracı kullanılmadan yapılan, hastaların yoğun bakım ile ilgili gördüğü rüyalar, hallusünasyonlar ve yaşadıkları deneyimlerin içerik olarak rapor edildiği çalışmalar olduğu görülmektedir (Carroll 2004, Connolly ve Shekleton 1991, Happ ve ark. 2004, Roberts ve Chaboyer 2004, Wojnicki-Johansson 2001). Ülkemizde hastaların yoğun bakım deneyimi ile ilgili çalışmalar bulunmakla birlikte (Korhan ev ark. 2008, Özer ve Akyıl 2005) geçerliği yapılmış ölçüm araçları ile yapılan araştırmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Hastaların iyileşme sürecinde fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuzluklar yaşamasının hastanın iyileşmesini negatif yönde etkilediği gerçeği göz önüne alındığında, hastaların yoğun bakım biriminde kaldıkları süre içerisinde yaşadıkları deneyimlerin belirlenmesine ve olumsuz olanların giderilmesine yönelik çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. Yoğun bakım birimlerinde tedavi alan hastaların yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi; yaşadıklarının farkına varılması, daha sonraki hastaların da sonuçlarını olumlu yönde geliştirmek için etkili hizmetlerin planlanmasında kanıt oluşturabilir ve hastaların tedavi ve iyileşme sürecine olumlu yönde katkı sağlayabilir.

Bu nedenle, yoğun bakım ortamında tedavi görmüş hastaların yoğun bakım ortamına ilişkin deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

METOD

Araştırma Ocak 2008-Ağustos 2008 tarihleri arasında, Ege Bölgesinde bulunan iki ayrı üniversite hastanesinin, koroner yoğun bakım (KYB) ve göğüs kalp damar cerrahisi (GKDC) yoğun bakım birimlerinde yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırma tarihlerinde çalışmanın yapıldığı yoğun bakım birimlerinde en az 24 saat kaldıktan sonra servise çıkan hastalar (N=220) araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Evreni oluşturan hastalardan basit rastgele örneklem yöntemi ile belirlenen, 18 yaş üzeri, bilinci açık olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 76 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu” ve “Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ)” kullanılmıştır.

Hasta tanıtım formu:

Hasta tanıtım formu hastaların sosyo-demografik özellikleri ve yoğun bakımda kalma gün sayısı, mekanik ventilasyonda kalma durumu, daha önceden yoğun bakım ünitesine yatma durumlarına ilişkin toplam 10 sorudan oluşmuştur.

Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ): Ölçek Rattray ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yoğun bakım hastalarının yaşadıkları deneyimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Demir ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır ve Cronbach Alfa katsayısı 0.79 olarak saptanmıştır. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa katsayısı 0.62 olarak bulunmuştur.

Ölçek, toplam 19 maddeden oluşmaktadır ve 5'li derecelendirilmeli şeklindedir. Ölçekte ilk 10 sorunun değerlendirmesinde; “her zaman” ifadesine 1 puan, “çoğu zaman” ifadesine 2 puan, “bazen” ifadesine 3 puan, “nadiren” ifadesine 4 puan, “hiçbir zaman” ifadesine 5 puan verilmekte, 11-19. sorularda; “kesinlikle katılıyorum” ifadesine 1 puan, “katılıyorum” ifadesine 2 puan, “kararsızım” ifadesine 3 puan, “katılmıyorum” ifadesine 4 puan, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesine 5 puan verilmektedir. Yoğun Bakım Deneyimi Ölçeği'nin “yoğun bakımda iken çevrenin farkında olma” (1. alt boyut), “yaşanan kötümser deneyimler” (2. alt boyut), “yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması” (3. alt boyut), “yoğun bakım ünitesindeki bakımdan memnuniyet” (4. alt boyut) olmak üzere dört alt boyutu vardır.

Ölçekteki maddelerden 4 tanesi ters maddedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19 en yüksek puan 95'dir. Ölçeğin alt boyutlar puan aralığı; 1. alt boyutta 6-30, 2. ve 3. boyutta 4-20 ve 4.

alt boyutta 5-25'dir. Ölçekten düşük puan alan hastaların durumu, bilinç durumunun yeterince açık olmadığı ve yoğun bakımda yaşadıkları deneyimlerin olumsuz olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten yüksek puan alan hastaların durumu ise, farkındalığın yüksek olduğu, yaşanan kötü deneyimlerin düşük olduğu ve bunun yanında bakımla ilgili memnuniyetin fazla olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.

Veriler araştırmacılar tarafından, hastalar yoğun bakım ünitelerinden kliniğe alındıktan sonra yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmış olup, bir görüşme ortalama olarak 15 dk sürmüştür.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson korelasyon analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır.

Araştırma etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için etik kuruldan ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı, araştırma kapsamına alınan hastalardan da sözel onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki hastaların %57.9'u GKDC yoğun bakım, %42.1'i KYB kliniklerinde yatmaktadır. Yaş ortalaması 54.3±11.5 olan hastaların %53.9'u erkek, %72.4'ü evli, %34.2'si ilköğretim mezunudur. Hastaların %52.6' sının yoğun bakımda buldukları süre içinde solunum cihazına bağlı olduğu, yoğun bakımda kalma sürelerinin 3.5±1.4 gün olduğu ve %65.5'inin daha önceden herhangi bir yoğun bakımda yatma deneyiminin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Hastaların yoğun bakım deneyim ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları

Alt ölçekler	n	Min	Max	X	Ss
Yoğun bakımda iken çevrenin farkında olma	76	10	28	21,05	4,1
Yaşanan kötümser deneyimler	76	7	12	8,8	1,4
Yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması	76	7	16	12,5	2,1
Yoğun bakım ünitesindeki bakımdan memnuniyet	76	10	19	15,2	2,3
Toplam ölçek	76	43	68	57,7	5,5

Araştırma sonucunda hastaların yoğun bakım deneyim ölçeği puan ortalamaları; toplam ölçekte 57.7±5.5, “yoğun bakımda iken çevrenin farkında olma” alt boyutunda 21.0±4.1, “yaşanan kötümser deneyimler” alt boyutunda 8.8±1.4, “yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması” alt boyutunda 12.5±2.1, “yoğun bakım ünitesindeki bakımdan memnuniyet” alt boyutunda 15.2±2.3 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların yoğun bakım deneyim ölçeği madde puan ortalamaları, toplam ölçekte 3.04 ± 0.2 olarak belirlenmiş olup, ölçek maddeleri içinde en düşük madde puan ortalamasının; “yoğun bakımda iken kendini güvende hissetme”, en yüksek madde puan ortalamasının ise “yoğun bakımda bakımının olabildiğince en iyi şekilde yapıldığını düşünme”de olduğu belirlenmiştir.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre elde edilen ölçek puan ortalamaları ile yapılan analizler sonucunda; hastaların yaşlarının artmasıyla yoğun bakımdan memnuniyetin arttığı ve yaşanan kötü deneyimlerde azalma olduğu ($r=269$, $p<0.05$), cinsiyet ve eğitim durumuna göre elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($t=-.154$, $F=2.37$, $p>0.05$) belirlenirken, hastaların medeni durumlarının ($t=-4.553$, $p<0.001$) yoğun bakım deneyimlerini etkilediği, evli hastaların yoğun bakım deneyimlerinin diğerlerine göre daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre YBDÖ puan ortalamaları

Gruplar	n	%	X±Ss	
Cinsiyet				
Kadın	35	46.1	57.6±3.4	t=-.154, p>.05
Erkek	11	53.9	57.8±6.1	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	5	6.6	63.4±3.5	F=2.37, p>.05
Okuryazar	19	25.0	56.8±2.5	
İlkokul	26	34.2	57.6±3.6	
Ortaokul ve üstü	26	34.2	57.4±7.1	
Medeni durum				
Evli	55	72.4	56.2±4.6	t=-4.553, p<.001
Bekar	21	27.6	61.6±4.4	
Solunum cihazına bağlı				
Kalan	40	52.6	56.6±5.9	t=-2.085, p<0.05
Kalmayan	36	47.4	59.02±3.7	
Yoğun bakım deneyimi				
Olan	27	35.5	58.7±3.7	t=1.57, p>.05
Olmayan	49	65.5	56.8±6.07	
Yoğun bakımda kalınan gün sayısı			X±Ss (3.5±1.4)	r=-.001, p>.05
Yaş			X±Ss (54.3±11.54)	r=.269, p<.05
Toplam	76	100	57.7±5.1	

Araştırmada hastaların yoğun bakımda kaldığı süre içinde solunum cihazına bağlanma durumlarına göre yoğun bakım deneyimleri incelendiğinde, solunum cihazına bağlı kalan hastaların deneyimlerinin diğer hastalara göre daha olumsuz olduğu ($t=-2.085$, $p<0.05$) belirlenirken, hastaların daha önceden yoğun bakıma yatma durumlarının yoğun bakım deneyimlerini etkilemediği ($t=1.571$, $p>0.05$) ve yoğun bakımda kalma süresi ile yoğun bakım ölçeği puan ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı ($r=-.001$, $p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Araştırmada kullanılan ölçekten alınan düşük puan, hastaların bilinç durumunun yeterince açık olmadığını ve yoğun bakım deneyimlerin olumsuz olduğunu, yüksek puan ise hastaların farkındalığının yüksek olduğunu, yaşanan kötü deneyimlerin düşük ve bakımla ilgili memnuniyetin yüksek olduğunu göstermektedir (Demir ve ark. 2009).

Araştırma sonucunda hastaların yoğun bakım deneyim ölçęđi puan ortalamaları; toplam ölçekte 57.7 ± 5.5 , 1. alt boyutta 21.05 ± 4.1 , 2. alt boyutta 8.8 ± 1.4 , 3. alt boyutta 12.5 ± 2.1 , 4. alt boyutta 15.2 ± 2.3 olarak belirlenmiştir. Madde puan ortalamaları toplam ölçekte $3.04 \pm .26$ 'dır. Ölçeğın puan aralıkları (Toplam ölçek= 19 – 95, 1. alt boyut=6-30, 2. ve 3. boyut=4-20, 4. alt boyut=5-25) göz önünde bulundurulduğunda, elde edilen sonuçlara göre hastaların, yaşanan kötümser deneyimler (2. alt boyut) boyutunda puan ortalamasının düşük olduğu, diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Araştırmada toplam ölçek puan ortalaması Korhan ve arkadaşlarının (2008) aynı ölçęđi kullanarak yapmış oldukları çalışma sonucunda elde ettikleri sonuçla (53.56 ± 10.14) benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların yoğun bakımla ilgili deneyimlerini kötü olarak değerlendirdikleri, yoğun bakımda buldukları süre içerisinde farkındalıklarının ve bakımdan memnuniyet durumlarının orta düzeyde olduğu düşünölmektedir.

Çalışmada ölçek madde puan ortalamaları göz önünde bulundurulduğunda, hastaların kendilerini güvende hissetme ile ilgili maddenin puan ortalamasının düşük olması yoğun bakımda buldukları süre içinde kendilerini güvende hissetmediklerini düşöndürürken, yoğun bakımda verilen bakımla ilgili maddenin puan ortalamasının yüksek olması, hastaların yoğun bakımda buldukları süre içinde aldıkları bakımdan memnun olduklarının bir göstergesi olabileceğini düşöndürmektedir.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerinden yaşın yoğun bakım deneyimine etkisi incelendiğinde, yaş ile yoğun bakım deneyim ölçęđi puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ($r=269$, $p<0.05$), yaşın artmasıyla hastaların yoğun bakım ile ilgili farkındalıklarının ve memnuniyetlerinin arttığı ve yaşanan kötü deneyimlerde azalma olduğu belirlenmiştir. Literatüre göre genç hastalar anksiyeteye daha meyillidir ve anksiyete düzeyinin yüksek olması bireylerin olumsuz düşönmesine ve kötü deneyimler yaşamasına neden olabilmektedir (Feinstein ve ark. 1999, Martin ve Thompson 2000, Rattary ve ark 2004). Çalışma sonuçları literatür sonuçlarını destekler özelliktedir.

Araştırmada hastaların cinsiyet ve eğitim durumlarına göre elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken, medeni durumlarının yoğun bakım deneyimleri üzerinde etkili olduğu

saptanmıştır ($t=-4.553$, $p<0.001$). Özer ve Akyıl'ın (2005) hastaların yoğun bakımı algılamaları konulu çalışmalarında; cinsiyet, eğitim ve evlilik durumlarının hastaların yoğun bakımı algılamalarında etkili olmadığı bildirilmiştir. Çalışmada evlilik durumuna göre elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın, evli hastaların puan ortalamalarının diğer hastalara göre daha düşük olmasından kaynaklandığı ve dolayısıyla evli hastaların yoğun bakım deneyimlerinin daha olumsuz olduğu görülmektedir. Bu sonuç evliliğin bireylere getirdiği birtakım rol ve sorumlulukları hastalık nedeniyle yerine getirememeye veya eşi ya da çocuklarından ayrı kalmaya bağlı yaşanan strese bağlanabilir.

Hastanede kalma süresinin hastaların stres yaşamasına neden olabileceği ve bakımdan memnuniyeti olumsuz yönde etkileyeceği bildirilmektedir (Cutler ve Garner 1995). Çalışmada hastaların yoğun bakımda kalma sürelerinin ve daha önceden yoğun bakım deneyimi olmasının yoğun bakım deneyimlerini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 2). Özer ve Akyıl'ın (2005) çalışmasında da hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olmasının ve yoğun bakımda kalma sürelerinin hastaların yoğun bakımı algılamaları arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Özellikle yoğun bakım ünitesindeki mekanik ventilasyon tedavisinin hastalar için birçok kötü fiziksel ve psikolojik stres yaratabileceği bildirilmektedir (Akıncı ve ark. 2007). Yoğun bakımda ventilatöre bağlı hastalar için en stresli ve rahatsız edici deneyimin; konuşamamaları, duygu, düşünce ve isteklerini ifade edememeleri (Magnus ve Turkington 2006, Pınar 2003, Ünver 2005) ve solunumlarının ventilatörle desteklenmesi olduğu belirtilmiş olup, bu durumun hastalarda anksiyete, korku, acı ve güvensizliğe neden olduğu bildirilmiştir (Pınar 2003, Ünver 2005). Yoğun bakım deneyimi yaşamış hastaların yanıtları incelendiği prospektif bir çalışmada, mekanik ventilasyon deneyimi olan hastalar arasında; öz-saygı, hastalığın şiddeti, iletişim güçlüğü ve entübasyon günü ve sayısı ile mekanik ventilasyon süresince yaşadıkları öfke, stres ve korku duyguları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Happ ve ark. 2004). Korhan ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında yoğun bakım da kaldığı süre içinde solunum cihazına bağlanma durumlarının yoğun bakım deneyimlerini etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada da hastaların yoğun bakımda mekanik ventilatöre bağlı kalma durumlarının yoğun bakım deneyimlerini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda,

- Hastaların yoğun bakım deneyim ölçeği puan ortalamasının 57.7 ± 5.5 olduğu,

- Hastaların en fazla, yoğun bakımda kaldıkları süre içinde “kendilerini güvende hissetme” konusunda olumsuz deneyim yaşadıkları,
- Hastaların en az, “yoğun bakımda aldıkları bakım” konusunda olumsuz deneyim yaşadıkları,
- Yaşın artmasıyla hastaların yoğun bakım ile ilgili farkındalıklarının ve memnuniyetlerinin arttığı ve yaşanan kötü deneyimlerde azalma olduğu,
- Medeni durumlarının ve mekanik ventilatöre bağlı kalma durumlarının yoğun bakım deneyimlerini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.
- Bu sonuçlar doğrultusunda;
- Yoğun bakımda yatan hastaların kendilerini daha güvende hissetmeleri için, yoğun bakım öncesinde ve süresince yoğun bakım ortamı, uygulanan bakım ve tedavilerle ilgili açıklamalarda bulunulması,
- Yoğun bakımda buldukları süre içinde hastalarla terapötik iletişimin sürdürülerek psikolojik olarak destek verilmesi ve aile yakınları ile görüşmelerinin sağlanması,
- Araştırmanın farklı örneklem grupları ile tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akıncı BS, Kanbak M, Güler A ve ark.(2007). Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler, Türk Anest Rean Der Dergisi, 35:5,320-328.
2. Connolly MA, Shekleton ME (1991). Communicating with ventilator dependent patients - Dimens Crit Care Nurs, 10:115-122.
3. Cutler L, Garner M (1995). Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. Intensive and Critical Care Nursing, 11, 333-335.
4. Demir Y, Korhan EA, Eşer İ ve ark. (2009). Yoğun bakım deneyim ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci,1:1,1-11.
5. Korhan EA, Demir Y, Eşer İ ve ark. (2008). Examining the lived experiences of patients staying in the intensive care unit and the factors affecting recovery, 3rd EfCCNa Congress/27th Aniarti Congress:Influencing Critical Care Nursing in Europe, Abstract Book, 84.
6. Feinstein A, O'Connor PO, Gray T ve ark. (1999). The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. Multiple Sclerosis, 5:323-326.
7. Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D (1998). Patients' experience of being critical ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part 1. Intensive Crit Care Nurs,14: 294-307.
8. Granja C, Lopes A, Moreira S ve ark. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life, Critical Care, 9:R96-R109doi:10.1186/cc3026 (erişim 12.11.2009).
9. Happ MB, Tuite P, Dobbin K ve ark. (2004). Communication Ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients terated with mechanical ventilation in the intensive care unit. Am J Crit Care,13:3,210-8

10. Hofhuis J, Spronk PE, Van Stel HF ve ark. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU, *Intensive and Critical Care Nursing*, 24:5, 300-313.
11. Kutlu L, Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim, <http://www.cayd.org.tr/Egitim/HemEg1.html> (erişim 15.11.2009).
12. Magnus VS, Turkington L (2006). Communication interaction in ICU-patient and staff experiences and perceptions, *Intensive Crit Care Nurs*, 22, 167-180.
13. Martin CR, Thompson DR (2000). A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine*, 5:2, 193-201.
14. Özer N, Akyıl R (2005). The effect of providing information to patients on their perception of the intensive care unit, *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 25:4, 71-78.
15. Pattison N (2005). Psychological implications of admission to critical care, *Br J Nurs*, 14, 708-714.
16. Pınar R (2003) Yoğun bakım sendromu. *Sendrom*,15, 108-115.
17. Rattary JE, Jounson M, Wildsmith JA (2005) Predictors of emotional outcomes of intensive care, *Anaesthesia*, 60:11,1085-92.
18. Rattray J, Johnston M, Wildsmith JAW (2004). The Intensive Care Experience Development of The ICE Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 47:64-73.
19. Roberts B, Chaboyer W (2004). Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nurs Crit Care*; 9:173-80.
20. Sekmen K, Hatipoğlu S. (1999) Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9:22-26.
21. Stanton DJ (1991). The psychological impact of intensive therapy: the rol of nurses. *Intensive Care Nurs*, 7:230-235.
22. Sukantarat KT, Brett S (2003). The neuropsychological consequences of intensive care. *Surviving Intensive Care Update in Intensive Care and Emergency Medicine*, 39: 51-61.
23. Ünver V (2005). Yoğun bakımın hasta üzerine etkileri, *Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği*, III. Ulusal Yoğun Bakım Kongre Kitabı, 1. Baskı, 26-28.
24. Wojnicki-Johansson G (2001) Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations, 17 :1, 29-39.
25. Carroll MS. (2004) Nonvocal ventilated patients perceptions of being understood. *Western Journal of Nursing Research*, 26:85-103.

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI SONRASI
HASTALARA VERİLEN DİREKT BAKIM TÜRÜ VE HARCANAN
ZAMANIN İNCELENMESİ**

*DETERMINATION OF THE TIME AND TYPE OF DIRECT CARE GIVEN TO
PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT*

Hossein ASGAR POUR* **Yar. Doç. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ***
Yük.Hem. Gülver HACIOĞLU**

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi

Bu makale 28 Kasım-02 Aralık 2008 tarihinde Antalya’da düzenlenen IV. Kardiyoloji & Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi’nde sunulmuş ve İngilizce özeti The Heart Surgery Forum Journal’ın 75. sayfasında yayınlanmıştır.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastalara verilen direkt bakımın türü ve harcanan zamanın incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 28 Şubat- 28 Haziran tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde yatan 30 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalar, yoğun bakım ünitesine alındıktan itibaren servise nakil olana kadar gözlenerek hastalara verilen direkt bakımın türü belirlenmiş ve her bir bakım için harcanan süre kronometre ile ölçülmüştür.

Bulgular ve Sonuç: Bu çalışma sonucunda koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde ortalama 22 saat 40 dakika yoğun bakım ünitesinde kaldıkları ve bu dönemde hastalara ortalama 3 saat 14 dakika direkt bakım yapıldığı belirlenmiştir. Ayrıca bu dönemde hemşire iş yükü 9 saat 42 dakika olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter bypass greft, ameliyat sonrası dönem, direkt bakım, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: In this study it was aimed to determine the time and type of direct care given to patients after coronary artery bypass graft.

Methods: The study was performed between 28 February and 28 June 2008 on 30 patients who were staying intensive care unit of a university hospital after coronary artery bypass graft surgery. The type of direct care was determined

by observing the patients who undergone coronary artery bypass graft surgery from their coming to intensive care unit until transportation to ward and each time consumed for caring has been measured by chronometer.

Results: At the end of the study it was determined that the patients who undergone coronary artery bypass graft surgery have been stayed in the intensive care unit for 22 hours and 40 minutes with an average and average direct caring was given to patients during this period was three hours and 14 minutes.

Conclusion: In addition the nurse workload has been calculated as nine hours and 42 minutes.

Key Words: Coronary artery bypass graft, post operative period, direct care, nursing

GİRİŞ

Günümüzde; sağlık bilimlerindeki gelişmeler, teknoloji, ekonomi, kentleşme, endüstrileşme ve yaşam biçimleri gibi faktörlerin birbirleri ile etkileşimleri sonucu tüm toplumlarda, bireylerin sağlık bakım gereksinimleri günden güne değişiklik göstermektedir. Sağlık bakımı, insanın temel haklarından biri olmasına karşın dünyada tüm insanların sağlık bakım gereksinimlerinin istendik düzeyde olmadığı bilinen bir gerçektir. Temel sağlık hizmetlerinin başarısı, sağlık bakım sistemindeki değişikliklerin hastanın bakım standardını arttıracak şekilde kullanılmasına ve bakım verecek hemşire ve diğer sağlık personelinin iyi yetiştirilmesine bağlıdır (Martin ve Turkelson 2006, Roques ve Ark 1993).

Toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları değişirken hemşirelik de modern bir meslek haline gelmiştir (Memariyan 1998). Hemşireliğin temel kavramı felsefi açıdan insanın bireysel bir değer olduğu inancıdır. Bu felsefe ile hemşirelik şöyle tanımlanabilir: Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini korumak, geliştirmek ve hasta olduğunda iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (Özden 1989). Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedefleyen bir meslektir. Hemşirelik, bir toplum hizmeti olarak uzun yıllar varlığını korumuş, insanların sağlığını geliştirmek ve hastanın bakımını sağlamak isteği ile ortaya çıkmıştır. Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmış ancak hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir. Hemşirelik hizmetlerinin ve hasta bakım kalitesinin istenilen seviyeye ulaşabilmesi, hemşirenin niteliği ve hasta-hemşire oranının yeterli olmasına bağlıdır. Yeterli hemşirelik hizmeti sunumu için gereksinim duyulan insan gücünün planlanmasında hasta

sınıflandırması, hemşirelik aktivitelerinin ölçümü ve iş yükü hesaplanması gibi değişik yöntemler kullanılmaktadır (Özden 1989, Danış ve ark 2001).

Hasta sınıflandırma sistemi hastanın gereksinimi olan günlük bakım süresini belirlemek için bir sistemdir. Hastanın durumu, bakım gereksinimleri ve yapılması gereken hemşirelik girişimleri hastanın hemşirelik bakımına bağımlılık derecesini belirlemektedir. Bu sistemde her kategorideki hastanın 24 saatte kaç saat hemşirelik bakım gereksinimi olduğu belirlenmektedir (Danış ve ark 2001).

Koroner damarlardaki stenoz ya da oklüzyonların yarattığı miyokardiyal iskeminin, damar greftleri kullanılarak ortadan kaldırılması ameliyatlarına koroner arter bypass greftleme (KABG) ameliyatları denir. Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastaların çoğu ameliyathanede ya da ameliyat sonrası birkaç saat içinde ekstübe edilebilir ve ikinci gün yoğun bakım ünitelerinden servise çıkarılır. Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası ilk 24-48 saat çok kritik ve önemlidir. Bu dönemde hasta mekanik ventilasyona bağlıdır. Hastada hemodinamik verilerinin kontrolü, ilaçların ve kan ürünlerinin verilmesi için kateterler takılıdır. Bu nedenle o dönemde kaliteli bir bakım hizmeti için bilgili ve yetenekli hemşirelere ve iyi organize olmuş ameliyat sonrası bakım planlarına gereksinim vardır (By Lynn ve ark 2002, Jalalı 1998, Hassan ve ark 2006). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçirecek olan hastaların hemşirelik bakımı özelleşme gerektiren oldukça karmaşık bir alandır. Bununla birlikte bu alandaki hemşirelerin iş doyumu oldukça yüksektir. Koroner arter bypass greft cerrahisinde sonuçların olumlu olması; başarı ile uygulanan cerrahi teknikle birlikte, ameliyat sonrası yoğun bakımda ayrıntılı, iyi planlanmış, gelişmiş teknoloji ve modern bilgi birikimi ile yapılan takip ve bakıma bağlıdır (Martin ve Turkelson 2006, Capuano ve ark 1997). KABG sonrası bakımın amacı hastanın iyileşmesini sağlamak ve hızlandırmak, aynı zamanda komplikasyonları önlemek, mümkün olan en kısa zamanda hastayı taburcu edip, evde bakım planını yapmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve yaşam süresini arttırmaktır (Okutan ve Kutsal 2001, Yun ve Hyeoun 2005). Mevcut olanakların en uygun şekilde kullanılması için, hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerine göre aktivitelerinin saptanması gerekir. Böylece hemşirelik hizmetlerinin planlanmasının daha etkili olacağı düşünülmektedir.

AMAÇ

Bu araştırmada koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası yoğun bakımda hastalara verilen direkt bakımın türü ve harcanan zamanının incelenmesi amaçlanmıştır. Böylece koroner arter bypass greft geçiren hastaya verilen ortalama günlük direkt bakım zamanı ve günlük hemşire işyükü belirlenir. Araştırma sonuçlarının

kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalara bakım verecek hemşire sayısının belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak bir üniversite hastanesinin kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma örneklemini bir üniversite hastanesinin 14 yatak kapasiteli kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan ve koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren 30 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından 28.02.2008–28.06.2008 tarihleri arasında hastane başhekimliğinden, anabilim dalı başkanlığı ve hemşirelik hizmetleri müdürlüğünden gerekli izinler alındıktan sonra toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın amacı hemşirelere açıklanarak kendilerinden sözel izin alınmıştır. Araştırma kapsamına dâhil edilen hastaların sosyodemografik verilerini toplamak için “Sosyodemografik Veri Toplama Formu” kullanılmıştır. Hemşirelerin Direkt bakım aktivitelerini saptamak amacıyla literatüre dayandırılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan “Direkt Bakım İzlem Formu” kullanılmıştır. Araştırmada hemşirelik direkt bakım uygulamalarını saptamak üzere gözlem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamına dâhil edilen hastalar ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine geldiği andan itibaren kendilerine verilen direkt hemşirelik bakımı yönünden araştırmacılar tarafından gözlemlenmiştir. Hastalara verilen bakımların yapılma durumu ve bu bakımların verilmesi için harcanan süreleri “Direkt Bakım İzlem Formu” na kayıt edilmiştir. Araştırma kapsamında ayrıca hastalara verilen her tür bakım için harcanan süre kronometre ile hesaplanmış ve saniye olarak belirtilmiştir. Bunların dışında hastalara her hangi bir bakım aktivitesi verildiğinde de bu aktivite ilgili forma eklenerek süresi hesaplanmıştır. Hastalar yoğun bakım ünitesinde kaldığı sürece ara vermeksizin araştırmacılar tarafından gözlemlenmiştir. Araştırma kapsamına sadece hasta başındaki direkt bakım dâhil edilmiştir. Buna karşın hastaların indirekt bakımları (yatak başından uzakta hastalar için harcama zaman; kan ürünlerini, ilaçları, bakım için kullanılacak malzemeleri temin etme gibi) araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Direkt Bakım İzlem Formuna saniye olarak kayıt edilen tüm veriler, tüm işlemler için tek tek toplanarak verilen bakımın süresi belirlenmiş ve ortalaması hesaplanmıştır. Araştırma sonunda direkt bakım aktiviteleri ve aktivitelerin süresi belirlendikten sonra her hasta için günlük hemşire iş yükü belirlenmiştir. Elde edilen veriler SPSS 14.0 programı kullanılarak ortalama sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hastaların minimum 46 yaş, maksimum 77 yaş, ortalama 63.66±1.66 yaşta olduğu belirlenmiştir. Hastaların %70'i erkek, %30'u kadındır. Hastaların beden kitle indeksleri minimum 21.45 kg/m² ve maksimum 32.87 kg/m², ortalama 27.19±3.20 kg/m² olarak bulunmuştur. Bypass yapılan damar sayısına baktığımızda hastaların %3.3'ünde 1 damara, %20'sinde 2 damara, %63.3'ünde 3 damara ve %13.3'ünde 4 damara bypass yapıldığı belirlenmiştir. Hastaların yoğun bakım ünitesinde kalma süresi minimum 20 saat, maksimum 24 saat, ortalama 22 saat 46 dakikadır. Hastaların %23.3'ünde diyabet, %3.3'ünde kronik böbrek yetersizliği, %80'inde hipertansiyon, %26.7'sinde hiperlipidemi ve erkek hastaların %9.5'inde prostat hipertrofisi belirlenmiştir. Sigara kullanma durumuna baktığımızda %66.6'sının hiç sigara kullanmamış olduğu ve %33.3'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir. Araştırma süresince izlenen 30 hastadaki hemşire hasta oranına baktığımızda hastaların %3.3'ünde bir hemşirenin bir hastaya, %50'sinde bir hemşirenin iki hastaya, %40'ında bir hemşirenin üç hastaya ve %6.7'sinde bir hemşirenin dört hastaya bakım verdiği görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	21	70.0
Bayan	9	30.0
Bypass yapılan damar sayısı		
1 damar	1	3.3
2 damar	6	20.0
3 damar	19	63.3
4 damar	4	13.4
Eşlik eden hastalık (birden fazla yanıt)		
Diyabet	7	23.3
Böbrek yetersizliği	1	3.3
Hipertansiyon	24	80.2
Hiperlipidemi	8	26.7
Prostat hipertrofisi	2	6.7
Sigara kullanma durumu		
Evet	10	33.3
Hayır	20	66.6
Hemşire/hasta oranı		
1Hemşire/1Hasta	1	3.3
1Hemşire/2Hasta	15	50
1Hemşire/3Hasta	12	40
1Hemşire/4Hasta	2	6.7
Toplam	30	100.0

Tablo 2'de koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastalara en çok verilen direkt bakım türü ve bakım için harcanan zaman

incelenmiştir. Bu veriler doğrultusunda en çok zamanı alan ilk 8 hemşirelik bakımına baktığımızda;

- 1.Hastanın mōnitorizasyonu (kan basıncı- nabız sayısı- solunum sayısı- vūcut sıcaklığı- O2 satūrasyon miktarı ve santral venöz basıncı): 30.3 dakika
- 2.Hastayı servise gönderme işlemleri: 14.7 dakika
- 3.El-yūz-vūcut silme: 13.3 dakika
- 4.Hasta yatağının yapımı: 11.59 dakika
- 5.İntravenöz girişim (ilaçlar ve kan ūrünlerinin direkt enjektör ile verilmesi): 10.55 dakika
- 6.Hastanın ilaçlarının hazırlanıp perfüzör ile verilmesi işlemi: 9.75 dakika
- 7.İdrar takibi ve Dren- Drenaj takibi: 9.66 dakika
- 8.EKG çekimi: 9.61 dakika olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Koroner Arter Bypass Greft Ameliyat Sonrası Hastalara En Çok Zaman Harcanan Direkt Bakım Türü ve Harcanan Süre

Hemşirelik bakımının türü	Ortalama süre dakika olarak
Kan basıncı, nabız sayısı, vūcut sıcaklığı, solunum sayısı, santral venöz basınç ve oksijen satūrasyon miktarı takibi	30.3
Servise gönderme işlemleri	14.7
El-yūz ve vūcut silme	13.3
Hasta yatağının yapımı	11.59
İntravenöz girişim (ilaçların verilmesi-kan transfūzyonu)	10.55
İlaçların hazırlanması ve perfüzörle verilmesi	9.75
İdrar ve dren-dernaj takibi	9.66
EKG çekimi	9.61

Açık kalp cerrahisinde hastaları ameliyathaneden yoğun bakım ünitesine alma kriteri, hemodinamiğin stabil olmasıdır. Açık kalp cerrahisi sonrası hastaların çoğu ameliyathanede ya da ameliyat sonrası dönemde birkaç saat içinde ekstūbe edilebilir, ikinci günden itibaren yoğun bakım ünitelerinden servise çıkarılır. Hastalar ameliyathaneden yoğun bakım ünitesine alındıktan servise taburcu olana kadar geçen zaman, özellikle ilk 2-4 saat çok kritik ve önemli bir dönemdir. Bu dönemde hasta mekanik ventilasyona bağlıdır. Hastaya santral kateterler takılıdır. Daha sonra hastanın fonksiyonları normale döner. Bu nedenle o dönemde kaliteli bir bakım hizmeti için bilgili ve yetenekli hemşirelere ve iyi organize olmuş ameliyat sonrası bakım planlarına gereksinim vardır (Okutan ve Kutsal 2001, By Lynn ve ark 2002). Açık kalp cerrahisi hastalarının ameliyat sonrası bakımı; hastaları koruma,

tanılama ve kardiyak cerrahi sonrası sıklıkla gözlenen metabolik ve hemodinamik bozuklukların düzeltilmesini içerir. Miyokardiyal ve pulmoner destek, sıvı elektrolit tedavisi, kanama kontrolü ve koagülopati önemli konulardır. Yoğun bakım ünitesinde invazif ve non invazif monitörizasyonla hastanın hemodinamik verileri devamlı takip edilir. Ek olarak, arteriyel kan gazları, kardiyak hasarın enzimatik belirleyicileri ve miks venöz oksijen satürasyonu gibi önemli laboratuvar parametreleri seri ölçümlerle kontrol edilir. Kalp cerrahisini takiben kalp fonksiyonunun idamesinin sağlanması çok önemlidir. Yeterli kardiyak debi kan basıncı ve idrar çıkışı ile yansıtılabilir ise de, emin olmak için invazif monitörizasyon sistemlerine gereksinim vardır. Swan-Ganz kateteri pulmoner kapiller wedge basıncı ve kalp debisinin ölçülmesine imkan verir. Kardiyak debiden sağlanan kardiyak indeks hastanın miyokardiyal performansının daha doğru değerlendirilmesine imkan verir (Martin ve Turkelson 2006, Roques ve Ark 1993, Hassan ve ark 2006).

Bu araştırmada koroner arter bypass greft sonrası hastalara verilen bakımlar literatür ile kıyaslanmıştır. Literatürde önerilen ancak araştırmanın uygulandığı yoğun bakım ünitesinde yerine getirilmeyen bakımlar; kilo takibi, pasif egzersiz, basınç yarısı bakımı olarak belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %90.1'inde pozisyon değişimi, %96.6'sında masaj ve %33.3'ünde solunum egzersizi yapılmadığı saptanmıştır. Sırası ile en sık yapılan ilk 7 hemşirelik bakımına baktığımızda;

Hemodinamik monitörizasyon: kan basıncı, nabız sayısı, vücut sıcaklığı, solunum sayısı, santral venöz basınç ve oksijen satürasyon miktarının takibi

- Perfüzör ile verilecek ilaçların hazırlanması ve verilmesi
- İdrar ve drenaj takibi
- İlaç verme
- Hasta yatağının yapımı
- Periferik damar yolu açma /değişimi
- Tetkikler için kan örneği almadır.

Tablo 3'te koroner arter bypass greft yapılan hastaların bypass yapılan damar sayısı, eşlik eden hastalıklar ve sigara kullanma durumlarına göre verilen ortalama hemşirelik bakım süresi belirlenmiştir. Bu verilerin doğrultusunda diyabetik hastalarda, böbrek yetersizliği, hipertansiyon ve hiperlipidemisi olan hastalarda ek bir hastalığı olmayan hastalara göre hemşirelik bakım süresi artmaktadır. Ayrıca diyabeti ve böbrek yetersizliği olan hastalarda hemşirelik bakım süresi hipertansiyon ve hiperlipidemisi olan hastalara göre daha da fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Koroner arter bypass greft hastaların bypass yapılan damar sayısı, eşlik eden hastalıklar ve sigara kullanma durumuna göre verilen ortalama hemşirelik bakımı süresi

	Ortalama hemşirelik bakımı süresi
Bypass yapılan damar sayısı	
1 damar	542.1 dakika
2 damar	155.5 dakika
3 damar	144 dakika
4 damar	179.4 dakika
Diyabet	
Var	242.5 dakika
Yok	140.5 dakika
Böbrek yetersizliği	
Var	195.2 dakika
Yok	163.3 dakika
Hipertansiyon	
Var	166.1 dakika
Yok	157.1 dakika
Hiperlipidemi	
Var	177.4 dakika
Yok	159.5 dakika
Prostat hipertrofisi	
Var	149.8 dakika
Yok	156.2 dakika
Sigara kullanma durumu	
Var	153.7 dakika
Yok	169.65 dakika

Yapılan bir çalışmada bir üniversite hastanesinin genel cerrahi servisinde hastaların bakım gereksinimlerine göre hemşirelerin direkt bakım yükleri incelenmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre üst düzey bağımlı hastalara verilen hemşirelik direkt bakım süresi gündüz nöbetinde 1 saat 13 dakika olarak, tüm sağlık personeli tarafından verilen bakım ise ortalama 9 saat olarak belirlenmiştir (Özden 1989).

Danış ve arkadaşlarının bir üniversite Hastanesinin hemşirelik insan gücü planlanması ve hemşirelik bakım standartları araştırmasında; hastanenin anabilim dallarında hemşire gereksinimlerini saptamak, gereksinimlere göre hemşire dağılımını sağlamak, hemşire bakım standardı geliştirmek ve böylece bakım kalitesini yükseltmek amaçlanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre üst düzey bağımlı hastaların 24 saatte 12.46 saat bakım gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (Danış ve ark 2001).

Yapılan çalışmaların sonuçlarına baktığımızda hemşire iş yükünün fazla olduğu ve hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğu(3-4 hastaya aynı zamanda bir hemşire tarafından bakım verilmesi) belirlenmiştir (Özden 1989). Ayrıca yapılan araştırmalarda direkt ve indirek hemşirelik bakımların süresi birlikte hesap edilmiş hatta tüm

sağlık personeli tarafından verilen bakımların süresi ölçülmüştür (Danış ve ark 2001).

Bizim araştırmamızın en önemli sonucu hemşire / hasta oranıdır. Bu araştırmada 14 yataklı kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde toplam 30 hemşire görev yapmaktadır. Gündüz nöbetlerinde 8 ve akşam nöbetlerinde 5 hemşire görev yapmaktadır. Her hemşire için düşen hasta sayısı 2 ya da 3, bazen 4 hasta olabilmektedir. Ayrıca koroner arter bypass greft sonrası hastaları ameliyathaneden yoğun bakım ünitesine alındıktan sonra ilk 15-20 dakika süresince 3-4 hemşire aynı hastaya bakım (yatağa alma, monitorizasyonun sağlanması vb...) vermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın uygulandığı kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde çalışan bir hemşire koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren bir hastaya yoğun bakım ünitesinde yattığı süre (ortalama 22 saat) ortalama 3 saat 14 dakika direkt bakım vermektedir. Bu araştırmada indirekt yöntemler gözlenemediği için hesaba katılmamıştır. İndirekt bakımlar ve hemşire / hasta oranı da göz önünde bulundurulduğunda araştırmanın yapıldığı kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde hemşire işyükü 9 saat 42 dakika olarak belirlenmiştir.

Bu sonuçların doğrultusunda:

- Bu araştırmanın başka popülasyonlarda tekrar edilmesi sonuçların kıyaslanması açısından önemlidir.
- Bu araştırmada indirekt yöntemler gözlenemediği için hesaba katılmamıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda indirekt bakım süresinin hesaplanması önerilmektedir.
- Bu araştırmada bakımların kalite güvenliği yapılmadığı için bundan sonra yapılacak çalışmalarda kalite güvenliği ile beraber tüm bakım süreleri hesaplanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. By Lynn VD, Anthony WM, Darlene Rourke (2002). Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. American journal of critical care. 11, 333.
2. Capuano TA, Barber R, Sullivan K (1997). Bridging the care continuum for open heart surgery patient. Nursing management, 28:2, 32.
3. Danış B, Dindar B, Nur ülke B ve ark (2001). Ege üniversitesi hastanesi hemşire insan gücü planlanması ve hemşirelik bakım standartları. Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu. Bornova- İzmir.1-64.

4. Hassan M, Smith JM, Engel AM (2006): Predictor and outcomes of sternal wound complication in patients after coronary artery bypass graft surgery. *The american surgeon journal*, 72:6, 515- 520.
5. Jalali R (1998). The side effects of mechanical ventilation after open heart surgery in the patients of intensive care unit. *Medical science of kermanshah university*, Ph.D Thesis. Kermanshah-Iran. 38-56.
6. Martin CG, Turkelson SL (2006). Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *Cardiovascular nurse*, 21:2, 109-117.
7. Memariyan R (1998). Application of concepts in nursing. 1edition. University of tarbiyat modares publisher. Tahran- İran. 24-28.
8. Okutan H, Kutsal A (2001). Açık kalp ameliyat geçiren yaşlı hastalarda ameliyat sonrası yoğun bakım. *Turkish journal of geriatrics*, 4:3, 120-126.
9. Özden M (1989). Hastaların bakım gereksinimlerine göre hemşirelerin direkt bakım yüklerinin incelenmesi. Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu. Yüksek lisans tezi İzmir. 4-49.
10. Roques F, Gabrielle F, Michel P and et al (1993). Quality of care in adult heart surgery: proposal for a self-assessment approach based on a French multicenter study. *European journal of cardio-thoracic surgery*,9:8, 433-439.
11. Yun J.K, Hyeoun AP (2005): Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes. *International journal of medical informatics*, 74:11, 952-959.

HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU ÇOKTAN SEÇMELİ SINAV SORULARININ ANALİZİ

*ANALYSE EXAMINATION MULTIPLE CHOICE QUESTIONS OF SCHOOL
OF NURSING*

***Prof.Dr. İsmet EŞER** ***Prof.Dr. Leyla KHORSHID**
***Yard.Doç.Dr. Ayten ZAYBAK** ***Yard.Doç.Dr. Ülkü YAPUCU GÜNEŞ**
****Yard.Doç.Dr. Yıldız DENAT** *****Yard.Doç.Dr. Yurdanur DEMİR**
****Yard.Doç.Dr. Gülelgün TÜRK** ***Yard.Doç.Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL**
***Arş.Gör.Dr. Gülelendam HAKVERDİOĞLU YÖNT**
***Arş.Gör. Esra AKIN KORHAN**

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

**Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu

***Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, Hemşirelik Yüksekokulu 2006-2007 yılları arasında final sınavlarında sorulan çoktan seçmeli sınav sorularının analiz etmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve geriye dönük (retrospektif) bir çalışmadır. Birinci ve 2.Sınıf öğrencilerine Hemşirelik ve Sağlık I ve Hemşirelik ve Sağlık II derslerinin final sınavlarında sorulan çoktan seçmeli sorular bütün olarak değerlendirilmiş, zorluk ve ayırt edicilik indeksleri hesaplanmıştır.

Veriler 388 öğrenciye ait soru kağıtlarından toplanmıştır. “Hemşirelik ve Sağlık I” dersi 5, “Hemşirelik ve Sağlık II” dersi ise 3 modülden oluşmuştur. Değerlendirme sınavlarında sorulan 188 soru değerlendirmeye alınmıştır.

Önce sınavlar bir bütün olarak değerlendirilmiştir. Bunun için çarpıklık ve güvenilirlik katsayısı hesaplanmış, daha sonra madde analizi yapılmıştır. Madde analizi için her sorunun güçlük indeksi (p) ve ayırt edicilik indeksi (r) hesaplanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: “Hemşirelik ve Sağlık I” ve “Hemşirelik ve Sağlık II” derslerinin final sınavlarının bütününe bakıldığında; “Hemşirelik ve Sağlık I” final sınavının “Hemşirelik ve Sağlık II” final sınavından daha kolay (madde güçlük indeksinin düşük) ve uygun madde oranının (ayırt edicilik indeksi) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Her iki sınavda da “çıkarılması gereken maddeler” in ve “düzeltmesi gereken maddeler” in oranı yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Final sınavı, çoktan seçmeli soru, madde güçlük indeksi, madde ayırt edicilik indeksi

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to analyse examination multiple choice questions asked in final examination in School of Nursing between 2006 and 2007 years.

Methods: The research is a descriptive and retrospective study. Multiple choice questions which asked in Nursing and Health I and Nursing and Health II lessons' final examinations were evaluated as a whole and then every item's difficulty and discrimination indexes were counted.

Data were collected from the exam sheets of 388 students. Nursing and Health I consisted of five modules and Nursing and Health II three modules. One hundred eighty eight multiple-choice questions which asked in final examinations were analyzed.

First, questions are evaluated as a whole. Difficulty index (p) and discrimination index (r) were determined using a Microsoft Excel computer program with some formulas according to suggestions made by Kelley. Because of analyzing item, every item's difficulty and discrimination indexes were counted.

Results and Conclusion: As a result, it was determined that examination questions of Nursing and Health II were more easy (the difficulty index was low) and rate of good items were higher (the discrimination index was high) than Nursing and Health I. "Should be corrected" and "should be extracted" items were high in both examinations.

Key Words: Final examination, multiple choice question, difficulty index, discrimination index

GİRİŞ

Eğitim, insanın davranışlarında kendi yaşantısı yolu ile istendik yönde değişiklikler meydana getirme sürecidir (Yılmaz 2002 a). Eğitim süreci içinde ölçme ve değerlendirme ile, hedef davranışların ne kadarının gerçekleştirildiği veya gerçekleştirilemediği görülür (Bilen 2002, Sullivan ve ark. 1994). Ölçme ve değerlendirme faaliyeti sayesinde amaçlar ve hedef davranışlar yeniden gözden geçirilerek, doğru ve etkili geri bildirimler verilebilir (Vaughan 1992, Yılmaz 2002 a, Yılmaz 2004 b). Öğretim yönteminden, öğrenme ortamından, dersin içeriğinden ve diğer faktörlerden kaynaklanan ve öğrenmeyi olumsuz yönde etkileyen değişkenler tespit edilebilir ve düzeltilebilir (Eskiocak ve ark. 2004, Fidan ve Erden 2007). Öğretim sonrası öğrencinin kazandığı bilginin derecesini belirlemek için test araçları ve materyalleri geliştirilir (İşmen ve Eskiocak 2000, Kemp ve ark. 1998).

Testler, bireylerin belli özelliklerini ölçmek için düzenlenen ve herkes için aynı olan sorulardan oluşan bir ölçme aracıdır. Değerlendirmenin hatasız ya da az hatalı olması, değerlendirmede kullanılan ölçümlerin değerlendirme amacı ile ilgili ve o amaç için yeterli olmasını ve uygun bir ölçüt seçilmesini gerektirir (Eskiocak ve ark. 2004).

Çoktan seçmeli testler; kalabalık gruplar için uygun olması, test ve madde istatistiklerinin kolay hesaplanabilmesi ve kolay puanlanması gibi özellikleri nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır (Atılğan ve ark. 2007, Savaşer ve ark. 1986, <http://testing.byu.edu/info/handbooks/betteritems.pdf>). Hemşirelik eğitiminde, öğrenci sayısının giderek artması nedeniyle diğer soru türleri yerine çoktan seçmeli soruların kullanımı yaygınlaşmıştır. Ancak, çoktan seçmeli soruların tıbbi sorunların çözümüne ilişkin uygun soru türü olmadığına inanılmaktadır. Bu inanışın temelinde ise, öğrencinin çoktan seçmeli sorularda yanıtı kolay bulabileceği görüşü bulunmaktadır. Ancak araştırmalar, soru türünün testin tümünü belirleyen soru içeriğinden daha az önemli olduğunu tekrarlı bir şekilde göstermiştir (Eskiocak ve ark. 2004). Nitekim hemşirelik alanında yapılan araştırmalar da açık uçlu soruların hazırlanmasının önemine dikkat çekmektedir (Özçelik 1989, Vaughan 1992).

Yapılan bir araştırmada, Hemşirelik Esasları dersinde öğrencilerin çoktan seçmeli sorulardan aldıkları puanların ortalamasının açık uçlu sorulardan aldıkları puanların ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, çoktan seçmeli sorularda, istenmeyen ipuçlarının öğrencinin doğru yanıtı bulmasına yardım ettiğini ve hemşirelik bilgi ve becerilerinin öğretiminde doğru bir ölçme sağlamadığını düşündürmüştür (Hesapçioğlu 1994, Özçelik 1989). Savaşer ve ark. (1986) tarafından yapılan bir çalışmada ise çoktan seçmeli testte başarı oranının tamamlamalı testte elde edilen başarı oranına göre çok yüksek olduğu bulunmuştur.

Değerlendirmenin dayandığı ölçümler ne denli hatalı ise değerlendirme de en az o denli hatalı olur (Eskiocak ve ark. 2004). Öğretmenin bu konudaki sorumluluğu, öğrencinin başarısını belirleyecek davranışları iyi seçmesi, ölçme araçlarını geliştirmesi, uygulaması ve sonuçları iyi yorumlamasıdır (Turgut 1977).

Soruların türü kadar, iyi yazılmaları da önemlidir. Testler eğitim öğretim sürecinin en önemli yönlerinden biridir ve bunların hazırlanması eğitimcilerin en önemli sorumluluklarından biridir. Kötü yazılmış test soruları ile öğrencinin başarısının değerlendirilmesi güvenilir olmayan not ve sonuçlara yol açar (Burton ve ark. 1991, Clegg ve Cashin 1986). Ölçmelerde, hata kaynakları ve bu hata kaynaklarının ölçme sonuçlarını nasıl etkileyeceği bilinmelidir (Atılğan ve ark. 2007, Turgut 1977). İyi hazırlanmış bir ölçme aracı ve aracın titizlikle uygulanmasını takiben öğretmenler ölçme sonuçları üzerinde istatistiksel işlemler yapmalıdır. Ölçme sonuçlarının belirlenmesi, birbiriyle karşılaştırılması ve yorumlanması gerekir (İşmen ve Eskiocak 2000).

Geçmiş yıllarda yüksekokulumuzda öğrencilerin başarısı açık uçlu, doğru-yanlış, boşluk doldurmalı, eşleştirmeli, çoktan seçmeli

sorulardan oluşan sınavlarla değerlendirilmiştir. Öğrenci sayısının çok artması nedeniyle 2006-2007 ders yılında 5 seçenekli çoktan seçmeli sorulardan oluşan sınavlar uygulanmaya başlanmıştır. Testlerde kullanılmak üzere oluşturulan soru bankası için güçlük ve ayırıcılık düzeyleri uygun olan soruların yazılmasına ve sınav sorularının ayırıcılık ve güçlük düzeylerinin saptanmasına gerek duyulmuştur.

Bu çalışma, Hemşirelik Yüksekokulunda 2006-2007 yılları arasında dönem I ve II'de, 1. ve 2. Sınıf öğrencilerine okutulan entegre müfredat programı derslerinin (Hemşirelik ve Sağlık I ve Hemşirelik ve Sağlık II) final sınavlarında sorulan çoktan seçmeli soruların geçerlik güvenilirliklerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın ikinci amacı ise, soru bankası için uygun sorular oluşturmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hemşirelik Yüksekokulunda 2006-2007 yılları arasında Entegre Sistem 1. ve 2. sınıfta okuyan 338 öğrenciye ait Hemşirelik ve Sağlık I ve Hemşirelik ve Sağlık II derslerinin final sınav kağıtları kullanılarak retrospektif olarak toplanmıştır. Hemşirelik ve Sağlık I dersi 5, Hemşirelik ve Sağlık II dersi ise 3 modülden oluşmaktadır. İki dersin sekiz modülüne ait toplam 188 çoktan seçmeli soru psikometrik özellikleri açısından incelenmiştir. Sınav soruları olası değerlendirme hatalarını önlemek için optik okuyucuda değerlendirilmiştir.

Sınav sorularının madde ve test istatistiklerinin hesaplanması için madde puanları matrisi yapılmıştır. Tüm sınavlar için soru kağıtları en düşükten en yükseğe doğru sıralanmıştır. Önce sınavlar bir bütün olarak değerlendirilmiş, çarpıklık ve güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Daha sonra madde analizi yapılmıştır. Çarpıklık ölçüsü sınavın güçlük düzeyi hakkında fikir vermektedir (Yılmaz 2004 b). Madde ayırt edicilik indeksi bir korelasyon katsayısı olduğundan -1 ile +1 arasında değer almaktadır. Bu indeks +1'e yaklaştıkça maddenin bilen ve bilmeyeni ayırt edebildiğini göstermektedir (Burton ve ark 1991). Bu araştırma kapsamında, madde ayırt edicilik gücü r_{jx} değerleri <0.20 olanlar "çıkarılması gereken madde", 0.20-0.30 olanlar "düzeltmesi gereken madde", >0.30 olanlar "uygun madde" olarak değerlendirilmiştir (Yılmaz 2004 b). Diğer taraftan madde güçlük indeksi <0.40 olan sorular "zor", 0.40-0.60 olanlar "orta" ve >0.60 olanlar ise "kolay" olarak değerlendirilmiştir. Testlerin güvenilirlik katsayısı için KR-20 güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Bu güvenilirlik katsayısı 0 ile ± 1 arasında değer almaktadır ve değer 1'e yaklaştıkça testin güvenilirliği artmakta ve hata varyansı azalmaktadır. Bir başka söyleyişle madde ayırt edicilik indeksi ve madde güçlük indeksinin yüksek olması sorunun o grup için geçerli ve güvenilir olduğunu gösterir.

Sınav soru seçeneklerine verilen yanıtlar SPSS 11.5 programında analiz edilmiştir. Madde analizi için her sorunun güçlük indeksi (p) ve bilenle bilinmeyi ayırt etme gücü (r) hesaplanmıştır. Analizler, Kelley'in önerdiği sistemle ve Microsoft Excel programında geliştirilen bağlantı ve formül sistemleriyle gerçekleştirilmiştir (Henrysson 1971).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hemşirelik ve Sağlık I Dersi Final Sınavında Sorulan Soruların Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Hemşirelik ve Sağlık I dersi final sınavları kapsamında toplam 88 soru değerlendirmeye alınmıştır. Bu sorulardan 14'ü 1. modüle, 26'sı 2. modüle, 4'ü 3. modüle, 15'i 4. modüle ve 29'u ise 5. modüle aittir.

Tablo 1: Hemşirelik ve Sağlık I Dersi Final Sınav Sorularının Madde Güçlük ve Madde Ayırdedicilik Özelliklerine Göre Dağılımı

Madde güçlük indeksi	1. modül		2. modül		3. modül		4. modül		5. modül		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<0.40	2	14.3	4	15.4	1	25.0	4	26.7	5	17.2	16	18.2
0.40-0.60	1	7.1	3	11.5	1	25.0	1	6.7	5	17.2	11	12.5
>0.60	11	78.6	19	73.1	2	50.0	10	66.7	19	65.5	61	69.3
Toplam	14	100.0	26	100.0	4	100.0	15	100.0	29	100.0	88	100.0
Ayırdedicilik indeksi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	<0.20	3	21.4	10	38.5	1	25.0	1	6.7	5	17.2	19
0.20-0.30	5	35.7	9	34.6	-	-	6	40	10	34.5	31	35.2
>0.30	6	42.9	7	26.9	3	75.0	8	53.3	14	48.3	38	43.2
Toplam	14	100.0	26	100.0	4	100.0	15	100.0	29	100.0	88	100.0

Birinci modüle ait 14 sorunun madde güçlük indeksleri %78.6'sında 0.60'ın üzerinde olup "kolay soru" olarak derecelendirilmiştir. Bu sorular ayırdedicilik indeksine göre değerlendirildiğinde, madde ayırdedicilik indeksleri %42.9'unda 0.30'un üzerinde olup "uygun soru" olarak derecelendirilmiştir.

İkinci modüle ait 26 sorunun madde güçlük indeksleri %73.1'inde 0.60'ın üzerinde olup "kolay soru" olarak derecelendirilmiştir. Madde ayırdedicilik indeksleri %38.5' inde 0.20'nin altında olup "çıkarılması/iptal edilmesi gereken soru" olarak derecelendirilmiştir.

Üçüncü modüle ait 4 sorunun madde güçlük indeksleri %50'sinde 0.60'ın üzerinde olup "kolay soru" olarak derecelendirilmiştir. Madde ayırdedicilik indeksleri %75'inde 0.30'un üzerinde olup "uygun soru" olarak derecelendirilmiştir.

Dördüncü modüle ait 15 sorunun madde güçlük indeksleri %66.7'sinde 0.60'ın üzerinde olup "kolay soru" olarak derecelendirilmiştir. Madde ayırdedicilik indeksleri %53.3'ünde 0.30'un üzerinde olup "uygun soru" olarak derecelendirilmiştir.

Beşinci modüle ait 29 sorunun madde güçlük indeksleri %65.5'inde 0.60'ın üzerinde olup "kolay soru" olarak derecelendirilmiştir. Bu sorular ayırdedicilik indeksine göre değerlendirildiğinde, %48.3'ünde 0.30'un üzerinde olup "uygun soru" olarak derecelendirilmiştir.

Hemşirelik ve Sağlık I dersinde sorulan toplam 88 soru madde güçlük indeksine göre değerlendirildiğinde, madde güçlük indeksleri %18.2'inde 0.40'ın altında olup "zor soru", %12.5'inde 0.40-0.60 arasında olup "orta derecede zor", %69.3'ünde 0.60'ın üzerinde olup "kolay soru" olarak derecelendirilmiştir. Bu sorular ayırdedicilik indeksine göre değerlendirildiğinde, madde ayırdedicilik indeksleri %21.6'ında 0.20'nin altında olup "çıkarılması/iptal edilmesi gereken soru", %35.2'inde 0.20-0.30 arasında olup "düzeltmesi gereken soru", %43.2'inde 0.30'un üzerinde olup "uygun soru" olarak derecelendirilmiştir. Kolay soruların en fazla 1. modülde (%78.6) ve 2. modülde (%73.1), en az 3. modülde (%50) bulunduğu görülmektedir.

Hemşirelik ve Sağlık II Dersi Final Sınavında Sorulan Soruların Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Hemşirelik ve Sağlık II dersi final sınavı kapsamında toplam 100 soru değerlendirmeye alınmıştır. Bu sorulardan 37'si 1. modüle, 36'sı 2. modüle, 27'si ise 3. modüle aittir.

Tablo 2: Hemşirelik ve Sağlık II Dersi Final Sınav Sorularının Madde Güçlük ve Madde Ayırdedicilik Özelliklerine Göre Dağılımı

	1. modül		2. modül		3. modül		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<0.40	3	8.1	2	5.6	1	3.7	6	6.0
0.40-0.60	1	2.7	3	8.3	-	-	4	4.0
>0.60	33	89.2	31	86.1	26	96.3	90	90.0
Toplam	37	100.0	36	100.0	27	100.0	100	100.0
Ayırdedicilik indeksi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	Sayı	Sayı	%
<0.20	12	32.4	4	11.1	6	22.2	22	22.0
0.20-0.30	4	10.8	4	11.1	-	-	8	8.0
>0.30	21	56.8	28	77.8	21	77.8	70	70.0
Toplam	37	100.0	36	100.0	27	100.0	100	100.0

Birinci modüle ait 37 soru madde güçlük indeksine göre değerlendirildiğinde, madde güçlük indeksi %89.2'inde 0.60'ın üzerinde olup "kolay soru" olarak derecelendirilmiştir. Bu sorular ayırdedicilik indeksine göre değerlendirildiğinde, madde ayırdedicilik

indeksleri %56.8’inde 0.30’un üzerinde olup “uygun soru” olarak derecelendirilmiştir.

İkinci modüle ait 36 soru madde güçlük indeksine göre değerlendirildiğinde, madde güçlük indeksleri %86.1’ inde 0.60’ın üzerinde olup “kolay soru” olarak derecelendirilmiştir. Bu sorular ayırdedicilik indeksine göre değerlendirildiğinde, madde ayırdedicilik indeksleri %77.8’ inde 0.30’un üzerinde olup “uygun soru” olarak derecelendirilmiştir.

Üçüncü modüle ait 27 soru madde güçlük indeksine göre değerlendirildiğinde, madde güçlük indeksleri %96.3’ünde ise 0.60’ın üzerinde olup “kolay soru” olarak derecelendirilmiştir. Bu sorular ayırdedicilik indeksine göre değerlendirildiğinde, madde ayırdedicilik indeksleri %77.8’inde 0.30’un üzerinde olup “uygun soru” olarak derecelendirilmiştir.

Hemşirelik ve Sağlık II dersi final sınavına ait soruların bütünü (toplam 100) madde güçlük indeksine göre değerlendirildiğinde, madde güçlük indeksleri %6’sında 0.40’ın altında olup “zor soru”, %4’ ünde 0.40-0.60 arasında olup “orta derecede zor”, %90’ ında 0.60’ın üzerinde olup “kolay soru” olarak derecelendirilmiştir. Bu sorular ayırdedicilik indeksine göre değerlendirildiğinde, madde ayırdedicilik indeksleri %22’ sinde 0.20’nin altında olup “çıkarılması/iptal edilmesi gereken soru”, %8’ inde 0.20-0.30 arasında olup “düzeltmesi gereken soru”, %70’ inde 0.30’ un üzerinde olup “uygun soru” olarak derecelendirilmiştir.

Değerlendirme sürecinde en önemli öge ölçüttür (Kemp ve ark. 1998, Yılmaz 2002 a). Değerlendirmenin dayandığı ölçümler ne denli hatalı ise değerlendirme de en az o denli hatalı olur (Tan ve ark. 2002). Ancak, ne derecede titizlikle hazırlanmış olursa olsun, bir testin ilk hazırlanan şekliyle tam istenen niteliklerde bir test olması beklenmez. Gösterilen titizlik onun istenen niteliklerde olmasını garanti etmez (Kemp ve ark. 1998). Bu nedenle hazırlanmış olan testlerin güçlük ve ayırdedicilik indekslerinin belirlenmesi gerekir (Tan ve ark. 2002).

Madde güçlüğü, bir sınavdaki doğru cevap yüzdesidir. Bir maddeyi yanıtlayıcıların büyük bir kısmı yanıtlamışsa, bu madde kolay bir maddedir. Böyle bir maddenin güçlüğü 1.00’e yakındır. Tüm yanıtlayıcıların küçük bir oranının doğru yanıtladığı bir madde ise zor maddedir ve böyle maddelerde doğru yanıt yüzdesi 0.00’a yaklaşır. Bir maddenin bilenle bilmeyenin ayırma gücünün yüksek olması, madde güvenirliliğinin yüksek olması açısından, güçlüğü 0.50 civarında olan maddeler tercih edilir (Tan ve ark. 2002).

Bir sınavın güçlük derecesi, sınavın amacına göre farklılık gösterir. Ancak genellikle, bir sınıftaki öğrenci başarısını ölçmeye yönelik hazırlanan sınavların ortalama güçlük derecesi % 50 civarında olmalıdır;

yani sınav sorularının %10' u çok zor, % 20' si zor, % 40' ı vasat, % 20' si kolay ve % 10' u da çok kolay olacak şekilde hazırlanmalıdır. Madde güçlüğünü gösteren yüzdenin sayısal değeri büyüdükçe güçlüğün azaldığı, yani sorunun kolaylaştığı gözden kaçmamalıdır (Saban 2000).

Bu bilgiler doğrultusunda Hemşirelik ve Sağlık I dersi değerlendirme sınavında sorulan soruların madde güçlük indeksileri incelendiğinde; 1. ve 2. modülde kolay soruların oranının çok yüksek olduğu, bunları 4., 5. ve 3. modüllerin izlediği görülmektedir. Sınavın bütünü incelendiğinde ise; %20 olması gereken kolay soru oranının %69.3 ile çok yüksek olduğu görülmektedir. “Zor soruların” dağılımı incelendiğinde; 1. ve 2. modüldekilerin oranının istenenin altında, 5. modüldekilerin oranının istenene yakın, 3. ve 4. modüldekilerin oranının ise istenenden yüksek olduğu görülmektedir. Sınavın bütünü incelendiğinde; “zor” soruların oranının istenene yakın, “orta zorluk” taki soruların oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir (Tablo 1). Birinci ve 2. modüldeki kolay soru oranının sınavın genelindeki kolay soru oranını yükselttiği görülmektedir.

Hemşirelik ve Sağlık I dersi final sınavında sorulan soruların maddelerin ayırt edici özellikleri incelendiğinde; “uygun madde” oranı en yüksek olan modüller sırasıyla 4., 5., 1., 2. ve 3. modüllerdir. 4. modüldeki “uygun madde” oranı % 53.3 iken, diğer 4 modülde ve değerlendirme sınavında bu oran 4. modülden daha düşüktür. “Çıkarılması gereken” soruların oranı 2. modülde %38.5 ile en yüksek iken, bu oran 4.modülde %6.7 ile en düşüktür. Üçüncü modülde düzeltilmesi gereken soru bulunmaması bu modülde soru sayısının çok az olmasından kaynaklanmış olabilir. Birinci, 2., 4. ve 5. modüllerdeki “düzeltilmesi gereken” soru oranının %34.5 ile %35.7 arasında olması önemli oranda maddenin tekrar düzeltilerek kullanılabileceğini göstermektedir (Tablo 1).

Üç modülden oluşan Hemşirelik ve Sağlık II dersine ait 1.ve 2. modüldeki sınav sorularının çok büyük çoğunluğunun, 3.modüldeki soruların ise tamama yakınının kolay sorulardan oluştuğu görülmektedir. Sınavın bütününe bakıldığında “kolay madde” lerin oranının %90 olmasının, Hemşirelik ve Sağlık II dersini oluşturan 3. modüldeki “kolay madde” oranının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Üçüncü modülde madde güçlük indeksi “orta” olan madde bulunmazken, 2.ve 3. modüllerde bu oran çok düşüktür. Benzer şekilde her 3 modülde “zor” madde oranı da çok düşüktür. Bulgular, Hemşirelik ve Sağlık II dersi değerlendirme sınavının kolay sorulardan oluştuğunu göstermektedir (Tablo 2).

Hemşirelik ve Sağlık II dersine ait 2. ve 3. modüllerdeki “uygun madde” oranının (%77.8), 1. modülden (%56.8) yüksek olduğu görülmektedir. İkinci ve 3. modüllerdeki “uygun madde” oranının

yüksek olmasına bağlı olarak Hemşirelik ve Sağlık II dersi final sınavındaki “uygun madde” oranının (%70) yüksek olduğu düşünülmektedir. “Çıkarılması gereken madde” ve “düzeltmesi gereken madde” oranı en yüksek olan 1. modül sorularının değerlendirme sınavının geçerlik ve güvenilirliğini düşürdüğü düşünülmektedir (Tablo 2).

Maddenin güçlüğü ile ayırt ediciliğini konu alan analizlerde hep doğru cevap üzerinde durulmaktadır. Çeldiriciler, soru ile yoklanan davranışlara sahip olmayanlara doğru cevapmış gibi görünerek, onların ilgili maddenin doğru cevabını bulmalarını engellemek, yani bu davranışa sahip olmayanların ilgili sorudan puan almalarını önleyerek, maddenin ilgili davranışa sahip olanları olmayanlardan ayırmasını sağlamak için hazırlanmıştır. Çeldiriciler bu görevi yapmazsa madde güçlüğü istenilen düzeyde olmayacağı gibi madde ayırıcı da olamaz (Özçelik 1989).

Hemşirelik ve Sağlık I ve Hemşirelik ve Sağlık II derslerinin final sınavları bütününe bakıldığında; Hemşirelik ve Sağlık II değerlendirme sınavının Hemşirelik ve Sağlık I değerlendirme sınavından daha kolay (madde güçlük indeksinin düşük) ancak uygun madde oranının (ayrirdedicilik indeksi) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak her iki sınavda da “çıkarılması gereken madde” ler ve “düzeltmesi gereken madde” lerin oranı yüksektir (Tablo 1, Tablo 2).

Ayırt edicilik, denenmiş bir test maddesinin ayırıcılığı, onun yoklanan davranışa sahip olan cevaplayıcıları, bu davranışa sahip olmayanlardan ayırma gücüdür. Her madde, bir öğrenme ürününü yoklamak için teste konur (Özçelik 1989, Saban 2000). Öğrencilerin maddelerden aldıkları puanlarla testin tümünden aldıkları puanlar arasında kolerasyon, bize o maddenin testin ölçtüğü değişkenle ilişkisini verir (Özçelik 1989, Tan ve ark. 2002). Çok fazla sayıda madde olmamak kaydıyla ayırıcılığı çok düşük (0.20'den küçük) olan maddelerin testten atılmasının güvenilirlik katsayısını önemli ölçüde arttırdığı ispatlamıştır. Dolayısıyla kapsam geçerliğini önemli ölçüde azaltmamak kaydıyla ayırıcılık gücü düşük bazı maddelerin testin puanlamasına dahil edilmemesi, öğrencilerin gerçek puanlarını temsil gücü daha yüksek puanlar elde edilmesini sağlar (Tan ve ark. 2002).

Soruların güçlük ve ayrirdedicilik indekslerinin uygun olmaması sınavların adillik ve objektifliğinin istenen düzeyde olmadığını, soruların yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir. Öğretim elemanlarının önceki yıllarda 4 seçenekli çoktan seçme, boşluk doldurma, açık uçlu, doğru-yanlış sorulardan oluşan sınavlar hazırlamaları nedeniyle çoktan seçmeli soru hazırlama deneyimlerinin az olması ve aldıkları formasyon derslerinin üzerinden çok zaman geçmiş olması soruların niteliğini olumsuz etkilemiş olabilir.

Kömürcü (1999) çalışmasında, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tüm mezunlarının 1995-1996 ders yılında kadın sağlığı hastalıkları ve doğum hemşireliği dersinin final sınavında sorulan çoktan seçmeli soruların %23.3' ünün "sorulabilir", "mükemmel/iyi soru" olduğu, %10' unun düzeltilmesi, %56.7'nin ise çıkarılması gerektiği; 1996-1997 ders yılında sorulan soruların %42.9' unun "tavsiye edilebilir/sorulabilir/mükemmel", %42.9' unun çıkarılması ve %14.29' unun düzeltilmesi gerektiği, 1997-1998 yılında sorulan soruların %33.3' ünün sorulabilir ve mükemmel, %44.5' inin düzeltilmesi ve %2.2' nin ise çıkarılması gerektiği saptanmıştır (Kömürcü 1999). Araştırma bulgularımız Kömürcü'nün çalışma sonuçlarıyla benzerdir. Bulgular öğretim elemanlarının çoktan seçmeli soru hazırlamakta sıkıntı çektiklerini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik ve Sağlık I ve Hemşirelik ve Sağlık II derslerinin final sınavlarının bütününe bakıldığında; Hemşirelik ve Sağlık I final sınavının, Hemşirelik ve Sağlık II final sınavından daha kolay (madde güçlük indeksinin düşük) ve uygun madde oranının (ayırdedicilik indeksi) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak her iki sınavda da "çıkarılması gereken maddeler" ve "düzeltilmesi gereken maddelerin" oranının yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırma bulguları doğrultusunda; çıkarılması gereken maddelerin tekrar sınavlarda kullanılmaması, düzeltilmesi gereken soruların ise düzeltilip yeniden sılandıktan sonra kullanılması önerilmektedir. Öğretim elemanları için çoktan seçmeli soru hazırlama konusunda eğitim programlarının (seminer, kurs vb.) hazırlanması, yapılmış ve yapılacak olan tüm sınavlarda sorulan soruların geçerlik ve güvenilirliği (madde güçlük indeksi ve ayırdedicilik indeksi) sılandıktan sonra soru bankasına alınması ve bu çalışmaların ilke olarak benimsenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Atılğan H, Kan A, Doğan N. (2007). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. 2. basım, Ankara: Anı Yayıncılık.
2. Bilen M. (2002). Plandan uygulamaya öğretim. 6. basım, Ankara: TEP OFSET Ltd.
3. Burton SJ, Sudweeks RR, Merrill PF ve ark. (1991). How to prepare beter.
4. Clegg VL, Cashin E. (1986). Improving multiple choice tests. İdea Paper, September, 16.
5. Eskiocak S, Gökmen SS, Erbaş H ve ark. (2004). Trakya üniversitesi tıp fakültesinde son 5 yılda yapılan biyokimya sınav sorularının analizi. Türk biyokimya dergisi, 29:4, 273-276.

6. Fidan N, Erden M. (2007). Eğitim psikolojisi okulda öğrenme ve öğretme. İstanbul: Alkım Yayıncılık.
7. Henrysson S. (1971). Gathering, Analyzing, and Using Data on Items. (içinde) Thorndike RL (ed). Educational Measurement. 2nd Edition, Printed in the United States of America, Washington, 130-159.
8. Hesapçioğlu M. (1994). Öğretim ilke ve yöntemleri-egitim programları ve eğitim. İstanbul: Beta Basım.
9. İşmen A, Eskicumalı A. (2000). Eğitimde planlama ve değerlendirme. Adapazarı: Değişim yayınları.
10. Kemp JE, Morrison GR, Ross SM. (1998). Designing effective instruction. Second Edition. Prentice Hall, Inc. New Jersey.
11. Kömürcü N. (1999). Çoktan seçmeli soruların "item analiz" yöntemi ile değerlendirilmesine ilişkin bir çalışma. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum.
12. Multiple-Choice Test Items: Guidelines for University Faculty. <http://testing.byu.edu/info/handbooks/betteritems.pdf>. Birmingham Young University. Erişim Tarihi: 24.07.2008
13. Özçelik DA. (1989). Test hazırlama kılavuzu. 3. basım, Ankara: ÖSYM Eğitim Yayınları.
14. Saban A. (2000). Öğrenme öğretme süreci- yeni teori ve yaklaşımlar. Ankara: Star Ofset Yayınları.
15. Savaşer S, Kavaklı A, Görak G ve ark. (1986). Çoktan seçmeli ve tamamlamalı objektif testlerin karşılaştırılması. I.Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu Kitabı, İstanbul: Hilal Matbaacılık, 139-144.
16. Sullivan R, Maragarick R, Bergthold B ve ark. (1994). Klinik eğitim becerileri-problem çözmeye yönelik başvuru rehberi. S.B. AÇSAP Genel Müdürlüğü, H.Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD ve John Hopkins Üreme Sağlığı Uluslararası Eğitim Programı, Klinik Uygulama Becerilerinin Standardizasyonu. Klinik Eğitim Becerilerinin Geliştirilmesi Semineri Kitapçığı. Ek D-1/ Ek D-9.
17. Tan Ş, Kayabaşı Y, Erdoğan A. (2002). Öğretimi planlama ve değerlendirme, 3. basım, Ankara: Anı Yayıncılık, 280.
18. Turgut MF. (1977). Eğitimde ölçme ve değerlendirme metotları. Ankara: Nüve Matbaası.
19. Vaughan J. (1992). Models in Curriculum Development. (içinde) Salvage J (ed). 5th Edition, New York, John Wileyand Sons, 17-33.
20. Yılmaz H. (2002 a). Eğitimde ölçme ve değerlendirme, 5.basım, Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları.
21. Yılmaz H. (2004 b). Eğitimde ölçme ve değerlendirme, 5.basım, Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları.

ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNİ, RUHSAL HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİNİ DEĞERLENDİRMELERİ

NURSING STUDENTS' EVALUATION OF PSYCHIATRY NURSING, MENTAL ILLNESSES AND PSYCHIATRIC NURSING EDUCATION

Prof.Dr. Olcay ÇAM

Ar.Gör.Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Araştırma 28 Kasım-02 Aralık 2007 tarihleri arasında Avustralya/Melbourne'de yapılan, WPA International Congress-2007'de "Sözel bildiri" olarak sunulmuştur.

ÖZET

Giriş: Son yıllarda, öğrenci hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ve mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışma eğilimlerindeki azalma dikkat çekmektedir. Öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğine ilişkin algıları ve ruhsal bozukluklara ilişkin görüşleri, mezuniyet sonrası alan seçimindeki eğilimlerinin gelişiminde belirleyici olabilmektedir

Amaç: Bu araştırma, öğrenci hemşirelerin psikiyatri hemşireliğine, ruhsal hastalıklara ve psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik değerlendirmelerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, Ocak-Haziran 2007 tarihleri arasında, İzmir ilinde yer alan üç yüksekokulda eğitim gören ve psikiyatri hemşireliği dersinin teorik ve pratiğini tamamlayan 220 öğrenci hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra, 4 anket formuyla öz bildirim dayalı olarak toplanmıştır. Araçlardan elde edilen yüksek puan ruhsal hastalıklar hakkındaki olumsuz inançları ve psikiyatri hemşireliği ile psikiyatri hemşireliği eğitimi hakkındaki olumlu görüşleri göstermektedir. Veriler sayı-yüzde dağılımları, t-testi ve Pearson Correlation analizleri ile değerlendirilmiştir

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin, % 99'u kız, % 47'si hemşireliği kendi isteği ile seçmiştir. %29'u mezun olduktan sonra psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak istediğini belirtirken, %52.2'si klinik uygulama için, psikiyatri hemşireliğine ilişkin teorik bilgisini yetersiz olarak değerlendirmiştir. Öğrenci hemşirelerin PHAÖ'nden elde edilen puan ortalaması 61.06±10.48 (Max:85), RHİÖ puan ortalaması 49.98±15.96 (Max:105) ve PHEDF'nden elde edilen puan ortalaması ise 64.62±9.64 (Max: 90)'dür.

Sonuç: Öğrenci hemşirelerin büyük çoğunluğu mezun olduktan sonra psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak istememektedir. Öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğine ilişkin algıları, ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarından ve ruhsal hastalıklar konusunda aldıkları derse ilişkin görüşlerinden etkilenmektedir. Ayrıca, öğrencilerin psikiyatri hemşireliğine ilişkin algıları mezuniyet sonrası

psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak isteme durumlarını etkilemektedir ($t=3.55$, $p<0.01$).

Anahtar Kelimeler: Öğrenci hemşire, psikiyatri hemşireliği, psikiyatri hemşireliği eğitimi, ruhsal bozukluk

ABSTRACT

Background: *In recent years, the decrease in nursing students' tendencies in willingly choosing nursing profession and working as psychiatry nurses after graduation attracts attention. It is thought that the students' perceptions about psychiatry nursing and their opinions about mental disorders are determinant for development of their tendencies in choosing field after graduation (Rushworth ve Happell, 2000; Martin ve Happell, 2001).*

Objectives: *This survey was made to examine the nursing students' evaluation about psychiatry nursing, mental illnesses and psychiatric nursing education.*

Methods: *This methodological and descriptive type of research was conducted between January and June 2007 with 220 student nurses at İzmir three schools of nursing who had completed the theoretical and practical portion of psychiatric course. The data were collected, after receiving necessary permission, using three self-report questionnaire forms. A high score from the tools expresses negative beliefs about mental illness and positive opinions about psychiatric nursing and psychiatric nursing education. Data were analyzed using number-percentage distribution, t test and Pearson Correlation.*

Results: *It was determined that 99.1% of nursing students were female and 46.4% of the nursing students had chosen nursing themselves. Although 29.1% stated that they wanted to work in psychiatric nursing after graduation, 52.2% evaluated the psychiatric nursing theoretic information they received to be inadequate for clinical practice. The Nursing Students' Beliefs About Mental Illnesses Inventory score mean was 49.98 ± 15.96 (Max:105), their mean score from PNPS was 61.06 ± 10.48 (Max:85) and their mean score from EFEPN was 64.62 ± 9.64 (Max: 90).*

Conclusion: *The overwhelming majority of student nurses didn't want to work as psychiatric nurses after graduation. The students' perception of psychiatry nursing was affected their beliefs about mental illnesses and opinions about psychiatric nursing education. Also, the students' opinions about psychiatric nursing affected whether or not they wanted to work as psychiatric nurses ($t=3.55$, $p<0.01$).*

Key Words: *Nursing student, psychiatric nursing, mental illness, psychiatric nursing education*

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO Report, 1998). DSÖ 2001 yılının Nisan ayında, kuruluş yıldönümünde, yılın teması olarak “Dışlamayalım,

Tedavi İçin Cesaretlendirelim (Stop Exclusion Dare to Care)” diyerek (WHO Report, 2001; Sevil, 2001), ruh sağlığına ayrıca bir vurgu yapmıştır. Bu vurgu ile birlikte, tüm dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve bu alanda uzmanlaşmış, kaliteli/nitelikli sayıda hemşire yetiştirilmesi, geçmişe oranla daha fazla önem kazanmıştır.

Ülkemizde, 2004 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre, 15 bini üniversite mezunu olmak üzere 82 bin hemşire bulunmasına karşın (TİK, 2004), bunların sadece 350’si, en az master derecesine sahip, uzman psikiyatri hemşiresidir. Bu sonuçlara göre, ülkemizde, 200 bin kişiye bir psikiyatri hemşiresi düşmektedir. Üstelik, psikiyatri alanında uzmanlığını almış hemşirelerin çoğunluğu, hatta hemen hemen hepsi akademisyen olarak veya üniversite hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde çalışmaktadır (Çam,Ward ve Bağ, 2006). Dolayısıyla, ruh sağlığı hizmeti veren Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde ve bunların dışında üniversite hastanelerinin ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde yoğun olarak lise mezunu hemşireler hizmet vermektedir. Başka bir ifadeyle, sağlık alanında psikiyatride uzmanlaşmış hemşire sayısında bir yetersizlik söz konusudur.

Bu sonucun oluşmasında, yeni mezun hemşirelerin uzmanlaşmak ve çalışmak için daha sıklıkla psikiyatriden ziyade, dahili ve cerrahi alanları tercih etmelerinin de önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, hemşirelerin mesleği tanımaya başladıkları ve profesyonelliğin temelini atıldığı okul yaşantılarındaki etkilenim ve deneyimlerinin (Çam, 1992), psikiyatri hemşireliğine yönelik yaklaşımlarının ve mezuniyet sonrası alan seçimindeki eğilimlerinin gelişiminde belirleyici olduğu inkar edilemez. Bu özden hareketle, geleceğin hemşirelerini oluşturacak ve psikiyatri alanlarında çalışacak olan genç öğrenci hemşirelerin psikiyatri hemşireliği algılarının ve bunu etkileyen bir takım faktörlerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Hemşire öğrencilerin ruh sağlığı alanında çalışmaya yönelik eğilimleri ve alandaki yeterlilikleri, okullarda sunulan hizmetlerin etkinliği ve kalitesi ile yakından ilişkidir ve bunu değerlendirmenin bir yolu da, öğrencilerin bu alandaki görüşlerinin belirlenmesidir.

Ülkemizde literatürü incelediğimizde (Aydın ve ark., 2003; Çam, 1992; Demir ve Gökdoğan, 2002; Pektekin ve ark., 1990), yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda öğrenci hemşirelerin ruhsal bozukluklara ilişkin görüşlerinin incelendiği, buna karşın psikiyatri hemşireliğine ilişkin algılarının ve/veya görüşlerinin incelendiği çalışmaların ise yok denecek kadar az olduğu saptanmıştır. Her sektörde rekabetin arttığı ve yüksek eğitimde Toplam Kalite Yönetimi’nden, mezun niteliklerinden, eğitim kalitesinden öğrencilerin bu alandaki görüşlerinin belirlenmesinden söz edilen 2000’li yıllarda, ülkemizde bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı olması, alana ilişkin güçlükler olduğunu düşündürmektedir. Bu anlamda, bu çalışmanın alandaki bu boşluğa ışık tutacağı ve çalışma sonucunda

öğrencilerden alınan geri bildirimlerin bu konudaki iyileştirmelerin planlamasında ve uygulamasında yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma geleceğin hemşirelerini oluşturacak olan, öğrenci hemşirelerin, psikiyatri hemşireliği, ruhsal hastalıklar ve psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik değerlendirmelerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, öğrenci hemşirelerin, psikiyatri hemşireliği, ruhsal hastalıklar ve psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik değerlendirmelerini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmada, bu ana amaç doğrultusunda ayrıca şu alt amaçlara ulaşmak hedeflenmiştir:

Öğrenci hemşirelerin,

- Bazı sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
- Mezuniyet sonrası psikiyatri kliniğinde çalışmaya yönelik görüşleri nelerdir?
- Psikiyatri hemşireliğine ilişkin algıları nedir?
- Ruhsal hastalıklara yönelik inançları nedir?
- Psikiyatri hemşireliğine yönelik aldıkları eğitimi nasıl değerlendiriyorlar?
- Öğrenim gördükleri üniversitelere göre “psikiyatri hemşireliğine ilişkin algıları”, “ruhsal hastalıklara yönelik inançları” ve “psikiyatri hemşireliğine yönelik aldıkları eğitimi değerlendirmeleri” arasında fark var mıdır?
- “Psikiyatri hemşireliğine ilişkin algıları” ile “ruhsal hastalıklara yönelik inançları” ve “psikiyatri hemşireliğine yönelik aldıkları eğitimi değerlendirmeleri” arasında bir ilişki var mıdır?
- “Psikiyatri hemşireliğine ilişkin algıları” ve “aldıkları eğitimi yönelik değerlendirmeleri” mezuniyet sonrası psikiyatri kliniğinde çalışmaya yönelik görüşlerini etkiliyor mu?

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 2007 yılında İzmir ilinde hemşirelik eğitimi veren üç yüksekokulda öğrenim gören ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersinin teorik ve pratiğini tamamlayan tüm öğrenciler (N=270) oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 220 öğrenci ile yürütülmüş ve böylece evrenin %81'ine ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, araştırmanın yürütüldüğü günlerde devamsızlık yapan ve araştırma

anketini yeterli ölçüde doldurmayan 50 öğrenci araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

Araştırma verileri, öğrencilerin, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersinin teorik ve pratiğini tamamladığı her iki sömestr sonunda (2007 yılının Ocak ve Haziran aylarında) toplanmıştır. Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra öz bildirime dayalı olarak toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, “Tanıtıcı Bilgi Veri Formu”, “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ)”, “Psikiyatri Hemşireliğini Algılama Ölçeği (PHAÖ)” ve “Psikiyatri Hemşireliğine İlişkin Eğitimi Değerlendirme Formu (PHEDF)” kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Veri Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan form, yaş, cinsiyet, mezun olunan okul, hemşirelik mesleğini seçme nedeni, hemşire olarak çalışıp çalışmama, mezun olduktan sonra çalışmak istenilen alan gibi bilgileri içeren, açık ve kapalı uçlu olmak üzere 13 sorudan oluşmaktadır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ): Ölçek (Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI)), 1998 yılında, Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilmiştir (Hirai ve Clum, 2000). Ölçek ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek madde havuzunda toplam 24 madde olarak oluşturulmuş, faktör analizi sonucunda ise 21 madde ile sınırlı kalmıştır. Bu doğrultuda ölçeğin son hali, “Tehlikelilik”, “Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri” ve “Çaresizlik” alt ölçeği olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur.

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması çalışmasında Cronbach Alpha korelasyon katsayısı 0.82 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, ölçeğin orjinalinden farklı olarak, “Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri” ve “Çaresizlik” alt ölçeklerinin bazı maddeleri birleşerek tek boyutu oluşturmuş, orjinalinde “Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri” alt ölçeğinde yer alan üç madde “Utanma” alt boyutu olarak farklı bir boyutu oluşturmuş ve “Tehlikelilik” alt boyutu orijinal ölçek ile aynı şekilde kalmıştır. Bu doğrultuda, “8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.” maddeler “Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma” alt boyutunu, “1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13.” maddeler “Tehlikelilik” alt boyutunu ve “12” ve “15.” maddeler de “Utanma” alt boyutunu oluşturmuştur (Bilge ve Çam, 2008).

Ölçek altılı likert tipi olarak hazırlanmıştır. Öğrenci hemşirelerin, ifadelerin her birine katılıp katılmama durumuna göre her madde, “tamamen katılmıyorum(0),....., “tamamen katılıyorum(5)” şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “105”, en

düşük puan “0”dır. Düşük puan ruhsal hastalıklara karşı uygun tutumu göstermektedir.

Psikiyatri Hemşireliğini Algılama Ölçeği (PHAÖ): Ölçek, öğrenci hemşirelerin, psikiyatri hemşireliğine yönelik algılarını belirlemek amacıyla Çam ve Baysan-Arabacı tarafından ilgili literatür taranarak geliştirilmiştir (Çam ve Baysan-Arabacı 2009). Ölçeğin geliştirilmesinde, Calvert ve arkadaşları (1999) tarafından tıp öğrencilerinin psikiyatri ve psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilen formun, Surgenor, Dunn ve Horn (2005) tarafından modifiye edilmesi sonucunda elde edilen “Student Nurses’ Attitudes to Psychiatric Nursing and Mental Disorder” soru formunun hemşirelikle ilgili maddeleri temel alınmıştır (Surgenor, Dunn ve Horn, 2005).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çam ve Baysan-Arabacı (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek madde havuzunda toplam 17 madde olarak oluşturulmuş, faktör analizi sonucunda ise 14 madde ile sınırlı kalmıştır Cronbach Alpha korelasyon katsayısı 0.76 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, “olumsuz görüşler” ve “olumlu görüşler” olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Bu doğrultuda 3, 6, 8, 10, 13, 15, 16, 17. maddeler “olumsuz görüşler” alt boyutunu, 1, 5, 7, 11, 12 ve 14. maddeler ise “olumlu görüşler” alt boyutunu oluşturmuştur (Çam ve Baysan-Arabacı 2009).

14 maddeden oluşan ölçek, altılı likert tipi (Tamamen katılmıyorum “0”..... Tamamen katılıyorum “5”) hazırlanmıştır. Yanıtların değerlendirilebilmesi için, pozitif ifadelerde (1, 5, 7, 11, 12, 14) “tamamen katılmıyorum” seçeneğine “0” puan..... tamamen katılıyorum seçeneğine “5” puan verilerek, negatif ifadelerde (3, 6, 8, 10, 13, 15, 16, 17) tam tersi bir puanlama (“tamamen katılmıyorum” seçeneğine “5” puan..... tamamen katılıyorum seçeneğine “0” puan) yapılarak, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür Formdan elde edilecek en yüksek puan “85”, en düşük puan “0”dır. Yüksek puan psikiyatri hemşireliğine ilişkin olumlu görüşü göstermektedir.

Psikiyatri Hemşireliğine İlişkin Eğitim Değerlendirme Formu (PHEDF): Form, Wynaden ve Popescu tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir (Wynaden Popescu 1999). Öğrenci hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışmak için hazır olma düzeyine ilişkin algılarını ve aldıkları derse ilişkin görüşlerini ölçen toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Formun özgün çalışmada geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenilirliği Baysan-Arabacı ve Çam (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması çalışmasında Cronbach Alpha korelasyon katsayısı 0.82 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, “önemlilik ve değerlilik” , “yeterlilik ve güven” ve “eşitlik” olmak üzere üç alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Bu doğrultuda 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13. maddeler,

“önemlilik ve değerlilik” alt boyutunu, 12, 14, 15, 16, 18. maddeler “yeterlilik ve güven” alt boyutunu ve 1, 3, 4, 8, ve 17. maddeler “eşitlik” alt boyutunu oluşturmuştur (Baysan-Arabacı ve Çam 2008).

Form beşli likert tipi hazırlanmıştır. Öğrenci hemşirelerin, ifadelerin her birine katılıp katılmama durumuna göre her madde “kesinlikle katılmıyorum(1)”..... “kesinlikle katılıyorum(5)” şeklinde değerlendirilmektedir. Formdan elde edilecek en yüksek puan “90”, en düşük puan “18”dir. Yüksek puan, öğrenci hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışmak için hazır olma düzeyine ilişkin algılarının ve aldıkları derse ilişkin görüşlerinin olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın planlama aşamasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Komitesi’nden yazılı izin alınmıştır.

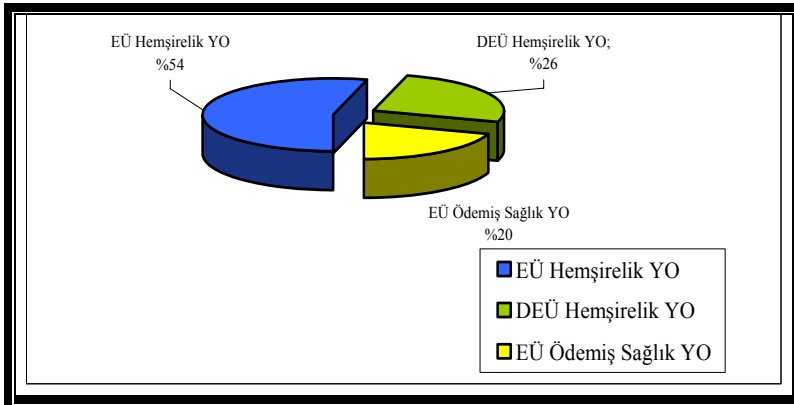
Araştırmanın yürütüldüğü Hemşirelik Yüksekokulları’nın yöneticilerinden ve ilgili anabilim dalı başkanlarından telefonla gerekli uygulama izinleri ve araştırmaya katılan öğrencilerden sözlü olarak onam alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS programında kodlanarak, Ege Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği Bioistatistik Bölümü’nde bir uzman tarafından değerlendirilmiştir.

Veriler sayı-yüzde dağılımları, t-testi ve Pearson Correlation analizleri ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR



Grafik 1 : Öğrencilerin Eğitim Gördükleri Okullara Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin %55.0'i 23-25 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 22.80±1.24'dir. % 99'u kız olan öğrencilerin, %48'i klasik liseden ve %47'si de yabancı dil ağırlıklı liseden mezun olduklarını belirtirken, % 81'i 4.sınıfta ve yarısından fazlası (%54) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim gördüğünü belirtmiştir.

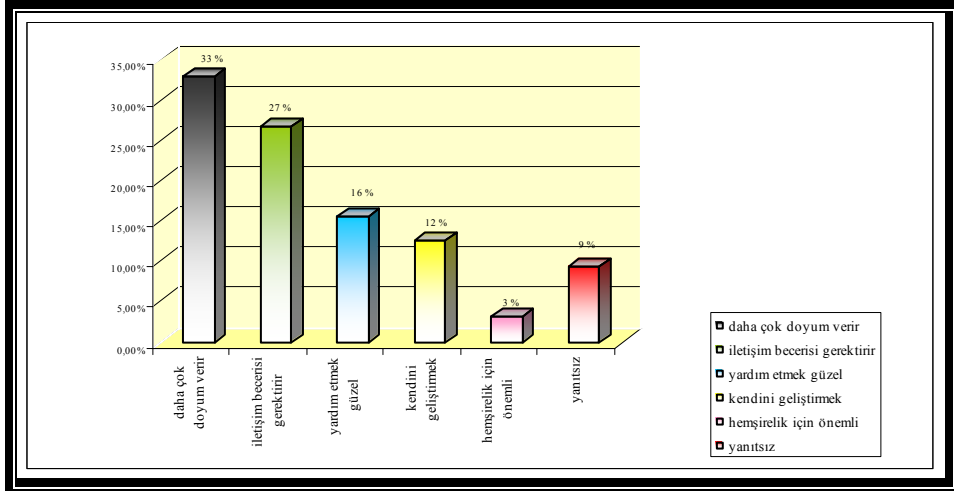
Öğrencilerin % 47'si hemşireliği kendi isteğiyle, %36'sı üniversite sınavı sonucunda açıkta kalmamak için ve %12'si ailesinin isteğiyle seçtiğini ifade etmiştir. %98'i herhangi bir yerde hemşire olarak çalışmadığını belirtmiştir. %94'ü mezun olduktan sonra hemşire olarak çalışmak istediğini belirtirken, yalnızca %29'u mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışabileceğini ifade etmiştir. Ancak, bu öğrencilerin sadece %10'u mezuniyet sonrası çalışmak istediği klinik olarak psikiyatriden belirtmiş, diğer %19'u psikiyatri veya başka bir yerde çalışmak istediklerini söyleyerek, psikiyatride çalışmayı bir olabirlik içinde gördüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1: Öğrencilerin Mezun Olduktan Sonra Çalışmak İstedikleri Birimlere Göre Dağılımı

Mezuniyetten Sonra Çalışılmak İstlenen Klinik	Sayı	%
İç Hastalıkları Hemşireliği	39	17.7
Cerrahi Hemşireliği	55	25.0
Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği	14	6.4
Kadın Hast. ve Doğum Hemşireliği	12	5.5
Psikiyatri Hemşireliği	23	10.5
Halk Sağlığı Hemşireliği	7	3.1
Psikiyatri Hemşireliği veya diğer	41	18.6
Diğer Alanlar	25	11.4
Yanıtsız	4	1.8
Psikiyatri Hemşireliği	64	29.1
Diğer	156	70.9
TOPLAM	220	100.0

Psikiyatri kliniğinde hemşire olarak çalışmak istediğini belirten öğrenciler (n=64), bu alanda çalışmak isteme nedenlerini;

- “Psikiyatri kliniğinde çalışmak daha çok doyum verdiği için (%33),
- “Hemşirelik uygulamaları az, iletişim becerisi gerektiren bir alan olduğu için (%27),
- “Psikiyatri hastalarına yardım etmek güzel olduğu için (%16)”,
- “Psikiyatri alanında kendimi geliştirmek için (%12) ve
- “Ruh sağlığı tüm hemşirelik alanlarında gerekli ve önemli olduğu için (%3) şeklinde ifade ederken, % 9'u da herhangi bir neden belirtmemiştir.



Grafik 2 : Öğrencilerin Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışmak İsteme Nedenleri

Araştırmaya katılan öğrencilerin, %52'si klinik uygulama için, psikiyatri hemşireliğine ilişkin teorik bilgisini yeterli bulmadığını belirtmiştir.

Öğrenci hemşirelerin, “Psikiyatri Hemşireliğini Algılama Ölçeği (PHAÖ)”nden elde edilen puan ortalaması 61.03 ± 10.54 (Max:85), Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) puan ortalaması 49.98 ± 15.96 (Max:105) ve “Psikiyatri Hemşireliğine İlişkin Eğitim Değerlendirme Formu (PHEDF)”ndan elde edilen puan ortalaması ise 64.62 ± 9.64 (Max: 90)'dır.

PHAÖ, RHİÖ ve PHEDF puan ortalamaları üç üniversite arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde, bu farkın, aktif eğitim yürütülen Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu'ndan kaynaklandığı ve bu okuldaki öğrencilerin PHAÖ ve PHEDF puan ortalamalarının diğer okullardaki öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu, RHİÖ puan ortalamalarının da anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

Öğrenci hemşirelerin, PHAÖ puanı ile RHİÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Correlation Güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, PHAÖ puanı ile RHİÖ alt ölçek (Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma(1), Tehlikelilik(2) ve Utanma(3)) ve toplam ölçek puanları ile arasında negatif yönde oldukça anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.010$). Özellikle, RHİÖ “Utanma” alt ölçek puanı ile orta derecede, negatif yönde oldukça anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = .46$, $P < 0.010$). Bu sonuçlara göre, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç

eğilimi yüksek olan öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğine ilişkin algılarının da daha olumsuz olduğu görülmektedir.

Tablo 2: PHAÖ Puanları ile RHIÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek ve PHEDF Puanlarının Pearson Correlation Katsayısına Göre Dağılımı

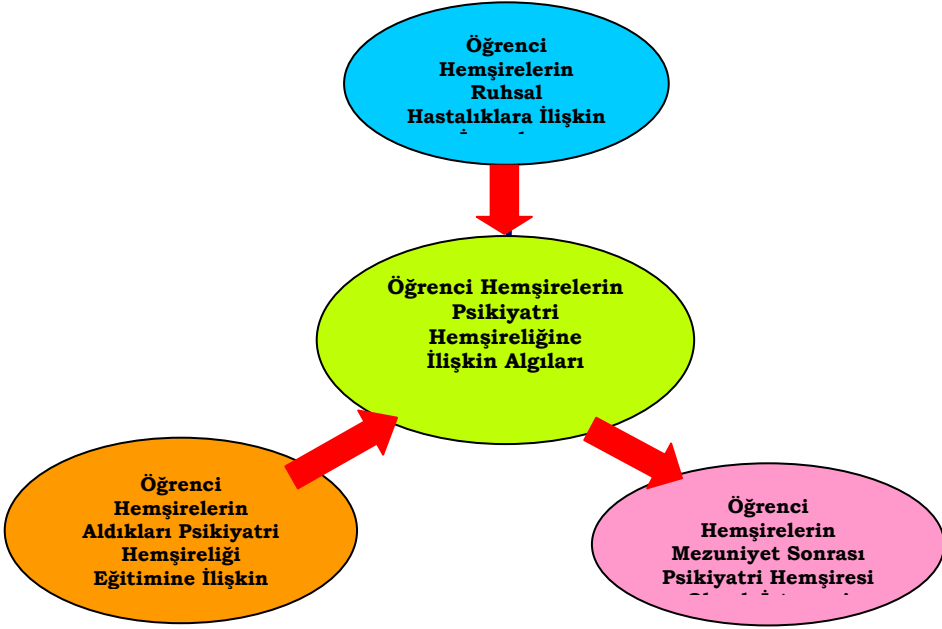
r (Pearson Correlation)

		RHIÖ F1 (Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma)	RHIÖ F2 (Tehlikelilik)	RHIÖ F3 (Utanma)	RHIÖ Total	PHAÖ	PHEDF
RHIÖ F1 (Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma)	r	1.00	.65**	.36**	.93**	-.21**	-.13*
	P	.000	.000	.000	.000	.002	.047
	N	220	220	220	220	220	220
RHIÖ F2 (Tehlikelilik)	r	.65**	1.00	.35**	.86**	-.15*	-.12
	P	.000	.000	.000	.000	.026	.080
	N	220	220	220	220	220	220
RHIÖ F3 (Utanma)	r	.36**	.35**	1.00	.51**	-.46**	-.28
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	220	220	220	220	220	220
RHIÖ Total	r	.93**	.86**	.51**	1.00	-.26**	-.17*
	P	.000	.000	.000	.000	.000	.010
	N	220	220	220	220	220	220
PHAÖ	r	-.21**	-.15*	-.46**	-.26**	1.00	.52**
	P	.002	.026	.000	.000	.000	.000
	N	220	220	220	220	220	220
PHEDF	r	-.13*	-.12	-.28	-.17*	.52**	1.00
	P	.047	.080	.000	.010	.000	.000
	N	220	220	220	220	220	220

**** P < 0.01 * P < 0.05**

Öğrenci hemşirelerin, PHAÖ puanı ile PHEDF toplam puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan istatistiksel analizde, PHAÖ puanı ile PHEDF toplam puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = .52, p < .010$). Bu sonuca göre, psikiyatri hemşireliğine ilişkin eğitimi yetersiz bulan öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğine ilişkin algılarının da daha olumsuz olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin, PHAÖ'nden elde ettikleri puan ortalaması ile mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($t=3.55, p < .010$). Öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğine ilişkin olumlu görüşü arttıkça, mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmayı isteme eğilimlerinde de artış görülmektedir.



Şekil 1: Öğrencilerin Ruhsal Bozukluklara ve Psikiyatri Hemşireliği Dersine İlişkin Görüşlerinin Psikiyatri Hemşireliği Algularına Etkisi

Öğrencilerin PHEDF'ndan elde ettikleri puan ortalaması ile mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak isteme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.81$, $p>.050$). Başka bir ifadeyle, öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğine ilişkin aldıkları eğitime yönelik görüşleri, mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmayı isteyip istememe durumlarını etkilememektedir.

TARTIŞMA

Büyük çoğunluğu kız olan ve ortalama 23 yaşında olan öğrencilerin, % 48'i hemşireliği bir şekilde zorunluluktan seçtiklerini belirtmişlerdir.

Bu konuda yapılan daha önceki çalışmalar, geçmişten bugüne öğrencilerin hemşirelik mesleğini kendi isteği ile seçme oranlarında bir azalma olduğunu göstermektedir. 1981 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada öğrenci hemşirelerin %25'i, yine aynı yıl İstanbul Üniversitesi'nde yapılan başka bir çalışmada %22'si ve 1982'de Ege Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da %39'u hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiklerini belirtmişlerdir (Conk ve ark., 1990; Altuğ-Özsoy ve ark., 1999).

Kömürcü ve arkadaşları tarafından Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda yapılan bir başka çalışmada ise, 1998 mezunu hemşirelerin %79'u, 1999 mezunu olanların ise %54'ü hemşireliği isteyerek seçtiklerini ifade etmişlerdir (Kömürcü ve ark., 1999).

Fadıloğlu ve arkadaşları tarafından 1985 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda yürütülen bir çalışmada öğrenci hemşirelerin %14'ü hemşirelik mesleğini aile ve yakın arkadaşlarının yönlendirmesi sonucunu seçtiğini belirtirken (Fadıloğlu ve ark., 1986), yine aynı okulda, Altuğ-Özsoy ve arkadaşları tarafından yaklaşık on yıl sonra (1995-1999 yılları arasında) yürütülen bir başka çalışmada, öğrenci hemşirelerin %34'ü hemşirelik mesleğini ailelerinin isteği üzerine seçtiklerini ifade etmişlerdir (Altuğ-Özsoy ve ark., 1999). Bu çalışmada da hemşirelik mesleğini isteyerek seçme oranının, zorunluluktan seçme oranından daha düşük olduğu bulunmuştur.

Dünyada ise durumun tam tersi olduğu görülmektedir. Literatürün geniş bir bölümü, özellikle gelişmiş dünya ülkelerinde, lisans düzeyindeki hemşirelik öğrencilerinin, "hemşireliğin çalışma olanaklarının çok fazla olması nedeniyle", hemşirelik alanlarına girme ve mezuniyetten sonra hemşire olarak çalışma eğiliminde olduğunu belirtmektedir (Happell, 1999; Martin ve Happell, 2001).

Ülkemizde, öğrencilerin zamanla hemşirelik mesleğini isteyerek seçme oranlarındaki bu azalmanın, hemşirelik mesleğine yönelik toplumsal önyargıların yanısıra, son yıllarda hemşirelik mesleği üzerine yürütülen yanlış politikalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Günümüzde hemşirelik, her ne kadar üniversiteye girişte öğrenci hemşireler veya aileleri tarafından iş garantisi nedeniyle en çok tercih edilen meslek grupları arasında olsa da, her siyasi seçim döneminde kadro istihdamında değişiklikler yapılması (taşeron, 4/b gibi), hemşirelik mesleğine yönelik bir istihdam planının olmaması ve özellikle 1999 yılı ve sonrası mezuniyet sonrası zorunlu tutulan sınav sistemlerinin yer alması, meslek yaşamında çalışma koşullarının ve maaşların her geçen gün daha da kötüye gitmesi gibi birçok nedenin öğrenciler üzerinde gelecek kaygısı yarattığı ve hemşirelik mesleğinin seçimine yönelik tercih oranlarının azalmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Nitekim, araştırmaya katılan bazı öğrenciler, mezuniyet sonrası yapılan zorunlu sınavlara ve iş bulmaya yönelik kaygı yaşadıklarını sözel olarak ifade etmişlerdir.

Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, bir meslek üyesinin verimli ve başarılı olabilmesinde bireysel özellikler kadar, mesleğe yatkın ruhsal ve zihinsel bir hazırlık içinde olmanın, başka bir ifade ile, bir mesleği bilerek ve isteyerek seçmiş olmanın etkisi ve bunun önemi düşünüldüğünde (Altuğ-Özsoy ve ark., 1999; Kömürcü ve ark., 1999), yıllarla birlikte, geçmişten bugüne öğrencilerin hemşirelik mesleğini kendi isteği ile seçme oranlarındaki bu azalma düşündürücü ve üzücüdür.

Öğrencilerin %10'u mezuniyet sonrası yalnızca psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak istediğini belirtirken, %19'u psikiyatri veya bir başka klinikte çalışmak istediğini ifade etmiştir. Bu sonuca göre, ortalama olarak her 10 öğrenciden birinin kesin bir şekilde psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak istediği, her 10 öğrenciden ikisinin ise psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak için hala kararsız olduğu söylenebilir. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Demir ve Gökdoğan, 2001; Happell, 1999; Pektekin ve ark., 1990; Rushworth ve Happell, 2000).

Pektekin ve arkadaşları tarafından, 1987-1990 yılları arasında, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Fırat Üniversitesi Elazığ Meslek Yüksekokulu hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da, öğrencilerin %13'ü mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olmak istediklerini belirtmişlerdir (Pektekin ve ark., 1990).

Demir ve Gökdoğan tarafından, 2001 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu'nda yapılan "Öğrencilerin Psikiyatri Hemşireliği Dersini Değerlendirmesi" konulu çalışmada da, öğrenci hemşirelerin %40'ı mezuniyet sonrası psikiyatri servisinde çalışmak istediklerini belirtmişlerdir (Demir ve Gökdoğan, 2001).

Happell (1999) tarafından Avustralya-Victoria'da 12 üniversitede 793 öğrenci ile yürütülen çalışmada da, öğrencilerin yalnızca %3.6'sı mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak istediğini belirtmiştir (Happell 1999).

Dünyada da çalışmalar açık bir şekilde göstermektedir ki; psikiyatri hemşireliği tercih sıralamasında en sonlarda yer almaktadır (Rushworth ve Happell, 2000). Bu konuda, hemşirelik öğrencilerinin eğilimleri incelendiğinde, mezuniyet sonrası daha sıklıkla özel bir alan olduğuna ilişkin daha yoğun düşünceler taşıdıkları, teknolojiden yüksek düzeyde yararlandıkları bebek ve çocuklara bakım verilen servisleri daha çok çalışma alanı olarak seçtikleri gözlenmektedir (Happell 1999; Rushworth ve Happell 2000; Happell 2001).

Son yıllarda, hemşirelik mesleğini tercihte dünyada bir artış, ülkemizde bir azalma söz konusu iken, psikiyatri hemşireliğini tercihte hem dünyada hem de ülkemizde bir azalma söz konusudur. Ülkemizde, ayrıca hastanelerin genel politikaları doğrultusunda, genç mezunların daha ziyade dahili veya cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalıştırılma eğilimlerinin, dolayısıyla psikiyatri kliniklerinde hemen işe başlama olasılığının çok düşük olmasının da bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Öğrenci hemşirelerin, PHAÖ puanı ile RHİÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan istatistiksel analizde, PHAÖ puanı ile RHİÖ alt ölçek (Çaresizlik ve Kişilerarası

İlişkilerde Bozulma(1), Tehlikelilik(2) ve Utanma(3)) ve toplam ölçek puanları arasında negatif yönde oldukça anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<.010$). Özellikle, RHIÖ “Utanma” alt ölçek puanı ile PHAÖ puanları arasında orta derecede, negatif yönde oldukça anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r =.46$, $P<.010$) (Tablo 2). Bu sonuca göre, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç eğilimi yüksek olan öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğini olumsuz algılama eğiliminin de daha yüksek olduğu görülmektedir.

Başka bir ifadeyle, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancı olan, özellikle ruhsal hastalıkları utanç verici bir durum olarak değerlendiren öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğini profesyonel bir meslek olarak görme ve dolayısıyla mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmayı isteme eğilimlerinin düşük olduğu görülmektedir.

Stevens ve Dulhunty (1992)'de, üniversite öğrencilerinin ruhsal bozukluklara ve psikiyatri hemşireliğine yönelik çok az bilgi sahibi olarak ve önyargılarla hemşirelik eğitimi programlarına girdiklerini ve bu durumun psikiyatri uygulamalarına ve psikiyatri hemşireliğine ilişkin negatif bir imaj oluşmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir (Stevens ve Dulhunty, 1992). Happel ise, bu durumun, mezuniyet sonrası kariyer seçiminde psikiyatri hemşireliğinin çok tercih edilmemesinin açık bir göstergesi olduğunu ifade etmiştir (Happel, 1999b).

Araştırma bulguları, öğrenci hemşirelerin, PHAÖ puanı ile PHEDF toplam puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($p<.010$). Bu sonuca göre, psikiyatri hemşireliğine ilişkin eğitimi yetersiz bulan öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğini daha olumsuz algıladıkları söylenebilir. Araştırma bulguları incelendiğinde, istatistiksel olarak, öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğine ilişkin aldıkları eğitime yönelik görüşlerinin, mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak isteyip istememe durumlarını etkilemediği saptanmış olmasına karşın, sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, öğrencilerin almış oldukları psikiyatri hemşireliği dersine ilişkin görüşlerinin mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak isteyip istememe durumları üzerinde dolaylı olarak etkili olduğu görülmektedir (Şekil 1).

Öğrencilerin psikiyatri hemşireliğini algılama durumları, mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak isteyip istememe durumlarını ayrıca etkilemektedir ($p<.010$). Başka bir ifadeyle, öğrencilerin psikiyatri hemşireliğine ilişkin olumlu algıları arttıkça, mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmayı isteme eğilimlerinde de artış görülmektedir. Bu sonucun, mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışma eğilimini arttırabilmenin, psikiyatri hemşireliği algısını değiştirmekle mümkün olacağını vurgulaması açısından ayrıca önemli olduğu düşünülmektedir.

Üç üniversitenin PHAÖ, RHiÖ ve PHEDF puan ortalamalarının, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır. Bu fark, müfredatında probleme dayalı öğrenme modeli kullanan DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu'ndan kaynaklanmaktadır. Bu sonuca göre, DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin, psikiyatri hemşireliğine, dolayısıyla ruhsal hastalıklara ve aldıkları derse ilişkin daha olumlu düşüncelere sahip olduğu ve ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışmak için hazır olma düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Mçparland ve arkadaşları da, geleneksel ve probleme dayalı öğrenme (PDÖ) programına devam eden iki ayrı öğrenci grubu üzerinde yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin öğrenme stili ve psikiyatriye karşı tutumlarını incelemiştir; PDÖ programına devam eden öğrenci grubunun, derinlemesine ve stratejik öğrenme yöntemlerini kullanmada daha başarılı olduklarını ve psikiyatriye karşı daha olumlu tutumlara sahip olduklarını saptamışlardır (Mçparland ve ark, 2004)

Bu sonucun oluşmasında, söz konusu okulda yürütülen probleme dayalı öğrenme programının (PDÖ) rolü olduğu düşünülmektedir. Çünkü söz konusu programda, öğrenme ve öğrencilerin mesleki yaşama hazırlanmaları etkin bir şekilde gerçekleştirilmekte, öğrencilerin gerçek öğrenme ortamında/yerinde öğrenmeleri desteklenmektedir. Bu şekildeki bir öğrenme ise, öğrencilerin edindikleri bilgi ve becerinin mesleki yaşamda kullanılacağını ve gereksinim duyulacağını fark etmelerine ve dolayısıyla motivasyonlarının artmasına olanak sağlayarak bu sonucun oluşmasında etkili olmaktadır (Aktif Eğitim, 2008).

Bu sonuçlar bütüncül olarak değerlendirildiğinde, öğrencilerin mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışma eğilimlerinin temelinde psikiyatri hemşireliğine ilişkin algılarının, psikiyatri hemşireliğine ilişkin algılarının temelinde ise, ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarının ve önyargılarının yer aldığı söylenebilir. Bu bilgiler ışığında, hemşirelik eğitimi veren okulların, öğrencilerin mezuniyet sonrası psikiyatri hemşireliğini tercih etme eğilimlerini arttırmak için psikiyatri hemşireliğine yönelik olumlu algıları geliştirmeleri ve bunun için de, eğitim müfredatlarında ruhsal hastalıklara ilişkin önyargılar ve bunları nasıl değiştirebilecekleri yönünde hedefler geliştirmeleri gerektiği düşünülmektedir. Bunu sağlamada ise PDÖ programlarının daha etkili olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğrenci hemşirelerin yarısı hemşirelik mesleğini istemeden seçmiş ve büyük çoğunluğu (%70) da mezun olduktan sonra psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak istememektedir. Öğrencilerin, psikiyatri hemşireliğine ilişkin algıları ile ruhsal hastalıklara ilişkin inançları ve

aldıkları psikiyatri hemşireliği dersine ilişkin görüşleri arasında ilişki olup, psikiyatri hemşireliğini algılama biçimleri, mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak isteyip-istememe durumlarını doğrudan, ruhsal hastalıklara ilişkin inançları ve aldıkları psikiyatri hemşireliği dersine ilişkin görüşleri de, mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak isteyip-istememe durumlarını dolaylı olarak etkilemektedir.

Öğrencilerin zaman içerisinde hemşirelik mesleğini kendi isteği ile seçme oranlarındaki ve mezuniyet sonrası psikiyatri hemşiresi olarak çalışma eğilimindeki azalma, bu durumun oluşmasında rol alan nedenlerin araştırılması konusunda uyarıcı niteliktedir. Bu çalışma, bu nedenleri açıklamak adına konuya bir ışık tutmuşsa da, bu konuda daha kapsamlı başka çalışmalar yapılması önerilir. Çünkü, araştırmanın, katılımcı sayısı bakımından yeterli çoğunlukta olduğu, ancak katılımcı çeşitliliği açısından yeterli olmadığı söylenebilir. Bu nedenle, çalışmanın bundan sonra yapılacak çalışmalarda özellik bakımından birbirinden farklı olduğu önceden bilinen gruplar (psikiyatri hemşireliği dersini alan ve almayan öğrenciler, ülkemizin değişik bölgelerinde yer alan ve farklı eğitim programları yürütülen gelişmiş ve gelişmekte olan üniversitelerdeki öğrenciler) arasında da yapılması önerilir.

Ayrıca, ruh sağlığı alanında kaliteli, yeterli ve yetenekli psikiyatri hemşireleri yetiştirmeyi amaçlayan hemşirelik okullarının, düzenli aralıklarla öğrencilerin psikiyatri hemşireliğine ilişkin görüş ve beklentilerini ölçmeleri, mezuniyet sonrası tercih durumlarını ve bunları etkileyen faktörleri araştırmaları ve bu çalışmaların sonuçlarından yararlanarak eğitim programlarında düzenleme ve iyileştirme çalışmaları yapmaları önerilir.

KAYNAKLAR

1. Aktif Eğitim, Erişim: 19.06.2008. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/Dersler/158.pdf>,
2. Altuğ-Özsoy, S., Uysal, A., Bayık, A., Erefe, İ. (1999). Hemşire öğrencilerin mesleğe ilişkin görüşlerinin ileriye dönük incelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı), Erzurum, 22-24 Haziran, 345-350
3. Aydın, N., Yiğit A., İnandı, T., Kırpınar, İ. (2003). Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 49 :1, 17-26
4. Baysan-Arabacı, L., Çam, O. (2009). Psikiyatri hemşireliğine ilişkin eğitim değerlendirme formunun Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 25:1,1-12.
5. Bilge, A., Çam, O. (2008), Validity and Reliability of Beliefs Toward Mental İllness Scale. *Anatolian Journal of Psychiatry* 9(2), 91-96

6. Conk, Z., Genç, G., Bolışık, B., Başbakkal, Z., ve Duran, N. (1990). Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin meslek ve sağlık sorunlarının incelenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı), İzmir, 12-14 Eylül, 519-531
7. Çam, O. (1992). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği konusundaki görüşleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8:3, 15-23
8. Çam, O., Baysan-Arabacı, L. (2009). Psikiyatri hemşireliğini algulama ölçeğinin geliştirilmesi" Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi (Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi), 12:4,29-40.
9. Çam, O., Ward, M., Bağ., B. (2006). Psychiatric nursing: Transcultural perspectives, Turkish Journal of Psychiatry. Summer 2006, Number 2, Supplement 1, 117-118
10. Demir, Y., Gökdoğan, F. (2002). Öğrencilerin Psikiyatri Hemşireliği Dersini Değerlendirmesi, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 4(3), 10-15
11. Fadıloğlu, Ç., Yılmaz, D., Esen, A., Karadakovan, A. (1986). Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eğitim sorunları ve mesleki beklentilerinin saptanması. I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Özet Kitabı), İstanbul, 11-12 Eylül, 110-116
12. Gürlek-Yüksel, E., Taşkın, O (2005). Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 113-121
13. Happell, B. (1999a). When I grow up I want to be a...? Where undergraduate student want to work after graduation, Journal of Advanced Nursing, 29(2), 499-505
14. Happell, B. (1999b). Who want to be psychiatric nurse? Novice student nurses interest in psychiatric nurses. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 479-484
15. Happell, B. (2001). Comprehensive nursing education in victoria: rhetoric or reality?. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8, 507-516
16. Hirai, M., Clum G.A. (2000). Development reliability and validity of the the beliefs toward mental illness scale, Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 22 (3), 221-236
17. Kaynar, A., Şahin A., Bayrak, D., Karakoç, G., Ülke, F., Öztürk H. (2006). Karadeniz teknik üniversitesi Trabzon sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin doyum düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (3), 12-19
18. Kömürçü, N., Erdoğan, N., Eti, F. ve ark. (1999). Marmara Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü ilk öğrencilerinin mesleği isteyerek seçip seçmeme durumları ile mezun olabilmeleri arasındaki ilişki. II. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Sempozyum Kitabı), İstanbul, 162-170
19. Martin, T., Happell, B. (2001). Undergraduate nursing students’ views of mental health nursing in the forensic environment, Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 10, 116-125
20. McParland, M., Noble, LM., Livingston, G. (2004). The effectiveness of problem-based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychiatry, Blackwell Publishing Ltd. Medical Education, 38: 859-867
21. Pektekin, Ç., Buzlu, S., Sözmez, Y., Batmaz, M., Sever, A. (1990). Psikiyatri hemşireliği dersi alan öğrencilerin bu dersin uygulaması sonucunda beklentileri ve bu beklentilere ulaşip ulaşmadıklarının araştırılması. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı), İzmir, 12-14 Eylül, 445-451
22. Rushworth L., Happell B. (2000). Psychiatric nursing was great, but I want to be a “real” nurse’: Is psychiatric nursing a realistic choice for nursing students?. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 9, 128-137

23. Sevil, H.T. (2001). Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) Halk Sağlığı Eğitimi Milli Komitesi Başkan Yardımcısı'nın 7 Nisan Dünya Sağlık günü nedeniyle yaptığı konuşma. Erişim: 17.06.2008, <http://undp.un.org.tr/who/mhealth/mhealthunesco.HTM>.
24. Stevens, J.A., Dulhunty,G.M. (1992). New south wales nursing students' attitudes towards a career in mental health. Australian Journal of Mental Health Mental Health Nursing, 2, 59-64
25. Surgenor L.J., Dunn J., Horn J. (2005). Nursing student attitudes to psychiatric nursing and psychiatric disorders in new zealand. International Journal of Mental Health Nursing, 14,103-108
26. Türkiye İstatistik Kurumu (TİK), 2004 Yılı Verilerine Göre İllere Göre Sağlık Personeli Sayısı. Erişim: 08.09.2007, <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>,
27. World Health Report-1998, World Helath Organization, Geneva, Erişim: 12.03.2009, http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf
28. World Health Report-2001, World Helath Organization, Geneva, Erişim: 12.03.2009, http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN GENEL SAĞLIK DÜZEYİ, STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

THE WAYS OF COPING WITH STRESS, THE GENERAL HEALTH LEVEL OF NURSING STUDENTS AND AFFECTING FACTORS

*Yard.Doç.Dr. Sultan ÖZKAN

**Yrd.Doç.Dr. Emel YILMAZ

*Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu

**Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, öğrenci hemşirelerin stresle başa çıkma yolları ve genel sağlık durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve uygulandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 167 öğrenci oluşturdu. Veriler, kişisel bilgi formu, Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılarak elde edildi. Araştırma öncesinde ilgili kurumdan yazılı izin ve öğrencilerden sözel onam alındı. Verilerin analizi, SPSS 11.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, Mann Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis, korelasyon testleri ve logistik regresyon testleriyle yapıldı.

Bulgular: Öğrencilerin GSA-12 puan ortalamaları 1.92 ± 2.59 olarak bulundu. GSA-12 puan ortalamalarına göre öğrencilerin %31.1'inin psikiyatrik bir bozukluk bulunma olasılığı saptandı. Öğrencilerin SBTÖ alt boyutlarının toplam puan ortalamaları; kendine güvenli yaklaşım: 2.24 ± 0.48 , çaresiz yaklaşım: 1.04 ± 0.50 , boyun eğici yaklaşım: 0.61 ± 0.47 , iyimser yaklaşım: 1.94 ± 0.57 ve sosyal destek arama: 1.85 ± 0.63 olarak belirlendi. Öğrencilerin GSA-12 ile kendine güvenli yaklaşım ($r = -0.329$, $p = 0.000$) ve iyimser yaklaşım ($r = -0.308$, $p = 0.000$) arasında negatif yönde orta düzey, sosyal destek arama ($r = -0.175$, $p = 0.023$) arasında ise negatif yönde zayıf, çaresiz yaklaşım arasında ($r = 0.382$, $p = 0.000$) ise pozitif yönde orta düzey bir ilişki bulundu.

Sonuç: Stresle başa çıkmada; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarını daha fazla kullanan öğrencilerin depresyona olan eğilimleri azalmaktadır. Araştırma sonucunda öğrencilere belirli aralıklarla ruhsal hastalık taramalarının yapılması ve stresle başa çıkma becerilerinin artırılması için eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, genel sağlık, stresle başa çıkma yolları

ABSTRACT

Objective: In this study, as a descriptive research, was planned and applied to determine the ways of coping with stress and general health condition of nursing students.

Methods: The sample of the study consisted of 167 students currently attending at Bandırma School of Health, Balıkesir University. In the study, three instruments were used: personal knowledge form, The Ways of Coping with Stress Inventory, and the General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). Before the study, permission was taken from the school and during the study it was taken from students. The analyses of the data were obtained by using descriptive statistical, students t test, Mann-Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis, correlation analyzes and logistic regression tests in SPSS 11.0.

Results: The mean score of students in the GHQ-12 was 1.92 ± 2.59 . According to the GHQ-12, 31.1% had probable psychological disorder. The mean scores of students in the subscales of coping with the stress inventory were 2.24 ± 0.48 for self-confident approach (SCA), 1.04 ± 0.50 for unconfident self approach (UCSA), 0.61 ± 0.47 for submissive approach (SA), 1.94 ± 0.57 for optimistic approach (OA), and 1.85 ± 0.63 for social support seeking approach (SSSA). There was a moderate negative correlation between the GHQ-12 score and SCA ($r = -0.329$, $p = 0.000$), OA ($r = -0.308$, $p = 0.000$). It was found that there was a negative weak correlation relationship between GHQ-12 score and SSSA ($r = -0.175$, $p = 0.023$). Similarly, there was a moderate positive correlation between UCSA ($r = 0.382$, $p = 0.000$).

Conclusion: The students who more used SCA, OA and SSSA of cope with stress are decreasing a tendency to depression. As a result of research, the nursing students should be performed periodically surveillance about psychological illnesses and to increase skills of coping with stress should be recommended implementation of training programs.

Key Words: Nursing students, general health, ways of coping with stress

GİRİŞ

Üniversite öğrenciliği yılları, en çalkantılı gelişim dönemlerinden biri olup, hem sosyal hem de biyolojik olarak bir geçiş dönemi kabul edilen ergenliğin son evresine rastlamaktadır. Bu dönemde gençlerin ilişkilerinin çok hızlı değişim gösterdiği bilinmektedir. Üniversiteye gelen öğrencilerin bir kısmı, üniversite yaşamlarının başlaması ile birlikte, aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaş edinme, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler, yurt hayatına alışma, beklediklerini bulamama, düşündüklerini gerçekleştirememeye, yerleştirildikleri bölümü benimseyememe gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (Özdel ve ark. 2002, İnanç ve ark. 2004). Bu sosyal, kültürel ve ekonomik değişiklik gençleri ruhsal açıdan olumsuz etkileyebilmektedir (Özdel ve ark. 2002). Tüm bu sorunların yanı sıra hemşirelik gibi sağlık eğitimi veren okullarda öğrenciler mesleki derslere uyum sorunları, klinik çalışmaları sırasında yeterince işe yaramama, teoride öğrendiklerini uygulamaya aktaramama, olumsuz şartlarda çalışma, hasta bireylerle yoğun ve teke tek bir ilişkiye girme, acı çekme, ağrı ve ümitsizlik gibi olumsuz duygularla sık

sık karşılaşmaktadırlar. Bununla birlikte daha çok tek cinsiyetli grupta eğitim görmeleri nedeniyle karşı cinse yabancılaşma, utangaçlık, çekingenlik duyguları ve sosyal aktivitelere yeterince katılamama gibi özel sorunlarla da karşılaşmaktadırlar (Yıldırım ve Ekinci 2005).

Üniversite öğrencisi olmak stres arttıran bir durumdur. Öğrencilerin yaşadıkları bu olumsuz duygular ve stresli yaşam depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Ahmed ve ark. 2009). Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur (Şahin 2007). Stres, bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsal bir davranış olup bireyin üzerinde psikolojik ve/veya fiziksel aşırı baskı yapan herhangi bir dış çevresel hareket, durum veya olayın organizmaya yansması sonucu ortaya çıkar (Kaya ve ark. 2007). Stresörler ya da bir başka deyişle stres üreten faktörler (Stress-producing factors); organizmanın uyum kapasitesini değiştiren, stres yaşamasına neden olan, iç ya da dış ortamdan kaynaklanan uyarılardır. Bu stres yaratan durumlar belirlendikten sonra, stresle başa çıkma mekanizmaları değerlendirilmelidir (Şahin 2007). Lazarus ve Folkman'ın (1984) tanımına göre stresle başa çıkma, bireyin kapasitesini azaltıcı veya zorlayıcı olarak değerlendirilen, belli içsel veya dışsal taleplerle baş etmek için, bilişsel ve davranışsal çabalarındaki sürekli değişimlerdir. Stresli olaylarla başa çıkabilme, ruhsal sağlık ve uyumla ilişkilidir. Problemlerle yeterince başa çıkanların depresyon düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir (Partlak 2003). Stresle yeterince başa çıkamayan öğrencilerde akademik başarının düşmesi yanında depresyon, beslenme, uyku bozuklukları ve bazı uyum problemlerinin ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu durum öğrencilerin Genel Sağlık Anketi puanlarını da yükseltmektedir (Demirüstü ve ark. 2009).

Üniversite gençleri ile yapılan araştırmalarda, bu grubu tehdit eden en önemli psikolojik problemin depresyon olduğu belirtilmektedir (Özdel ve ark 2002, Aylaz ve ark. 2007). Ayrıca depresyonun adölesanlarda diğer yaşam evrelerinden daha sık görüldüğü kaydedilmiştir (Ekundayo ve ark. 2007, Song ve ark. 2008). Depresyon, üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sıklıkta rastlanan sağlık sorunu olarak gösterilmektedir. Türkiye'de depresyon prevalans hızı yaklaşık %10'dur. Üniversite öğrencilerinde %17-23 oranında depresyon görüldüğü ve özellikle üniversite danışma merkezlerine başvuran öğrencilerin %45'inin depresyonda olduğu saptanmıştır (Kaya ve ark. 2007).

Hemşirelik öğrencileri, mezun oldukları zaman sağlık ekibi içindeki görevleri kapsamında bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik bakım hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumlu üyeler olacaklardır. Bu önemli görev ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri için ruhsal olarak sağlıklı bir yapıya sahip olmaları gerekmektedir (Kartal ve ark. 2009).

Ayrıca hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında hasta bireylerle karşılaşmaları ve bire bir ilişki yürütmeleri nedeniyle depresyonun saptanması önemlidir. Depresif belirtilerin hafif düzeylerde olduğu durumlarda bile, bireyi hareketsizliğe, verimsizliğe, mutsuzluğa itmesi nedeniyle, bu belirtileri gösteren bireylere ulaşılması koruyucu ruh sağlığı açısından önem taşımaktadır (Aylaz ve ark. 2007). Öğrencilerin bu sorunlarının hemşirelik eğitimi sırasında incelenmesi ve tanınması erken müdahaleye yardımcı olacaktır.

Tüm bunlardan hareketle bu çalışma; hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma yolları ve genel sağlık durumlarının incelenmesi amacıyla planlandı ve uygulandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli, Yeri ve Süresi

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın verileri, Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'nda 2008–2009 öğretim yılında Mayıs ayı içerisinde toplandı.

Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini 2008–2009 öğretim yılında Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'na devam eden 171 öğrenci oluşturdu. Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmedi ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeme, araştırmanın yapıldığı tarihte okula gelmeme gibi nedenlerle araştırma kapsamına toplam 167 öğrenci alındı (katılım oranı %98).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Araştırmanın yalnızca tek bir üniversitenin bir bölümündeki öğrencilerden oluşması, hem sosyodemografik veriler hem de okul ve yaşam ortamına dair özellikler açısından örneklem özelliklerinin çeşitliliğini kısıtlamaktadır. Bu alanda, daha geniş örneklemelerde ileriye dönük inceleme hedefleyen araştırmalara gereksinim vardır. Bulgularımızın ülkemizdeki tüm üniversite gençlerine özellikle hemşirelik bölümü öğrencilerine genellenebilmesi için kültürel ve sosyoekonomik olarak farklı bölgelerde de benzer araştırmaların yapılması gerekmektedir. Tüm bu kısıtlamalara rağmen çalışmamızın hemşirelik öğrencilerinin genel sağlık düzeyi ve stresle başa çıkma tarzlarını belirleme açısından literatüre katkı yaptığı düşüncesindeyiz.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma öncesinde kurumdan yazılı ve araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra öğrencilerden sözel onam alınarak gönüllülük esas alındı.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: öğrencilerin sınıfı, yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, mezun olduğu lise, büyüdüğü/yetiştirildiği yer, ailesinin gelir durumunu nasıl değerlendirdiği, aile tipi, ebeveynlerin öğrenim durumu ve mesleğine yönelik sorular yer almaktadır.

Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12): David Goldberg tarafından toplumda sık rastlanan akut ruhsal rahatsızlıkları tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Her biri son birkaç hafta içindeki psikiyatrik belirtileri sorgulayan 12 sorudan oluşmaktadır. Kısa, uygulanması kolay, pratik bir ölçektir. Dörtlü Likert tipindedir (seçenekler: hiç olmuyor, her zamanki kadar, daha sık, çok sık). Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. GSA-12’nin puanlanmasında iki yöntem kullanılmaktadır. Birincisi, dörtlü ölçeğin 0, 1, 2 ve 3 olarak puanlanmasıdır. Diğer yöntem ise Goldberg tarafından GSA için geliştirilen 0 ve 1’lerin 0, 2 ve 3’lerin 1 şeklinde puanlanmasıdır. Bu çalışmada Goldberg’in geliştirdiği puanlama yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin kesme noktası olarak iki kabul edilmektedir. İki ve yukarı puan alanlar, vaka olarak görülmektedir (Kılıç 1996).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Bireylerin genel ya da belirgin stres durumlarıyla başa çıkmada kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla 1980’de Way’s of Coping Inventory adı ile Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş, duruma yönelik 30 maddelik 4 seçenekli ve 5 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Alt ölçekler “kendine güvenli yaklaşım (KGY)” 7, iyimser yaklaşım (İY)” 5, “çaresiz yaklaşım (kendine güvensiz yaklaşım) (ÇY)” 8, “boyun eğici yaklaşım (BEY)” 6 ve “sosyal destek arama (SDA)” 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, her maddesi hiç uygun değil 0 puan, uygun değil 1 puan, uygun 2 puan, tamamen uygun 3 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte, her alt ölçeğe ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta ve o alt ölçeğe ait toplam puan elde edilmektedir. Her bir alt ölçekten alınan puan toplamı alt ölçek madde sayısına bölünerek alt ölçek ağırlıklı puanı elde edilir.

Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar “Probleme yönelik/aktif” ve “Duygulara yönelik/ pasif ” tarzlardır. Aktif tarzları; sosyal destek arama, iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçekleri, pasif tarzları; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı başa çıkamayanların ise boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Alt ölçeklerdeki toplam puan artışı, bireyin o

başa çıkma yöntemini daha çok kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır (Şahin ve Durak 1995).

Verilerin Toplanması

Yukarıda tanımlanan kişisel bilgi formu ve iki ölçek bir anket formu olarak düzenlenerek, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere ders saatleri dışında, sınıf ortamında uygulandı. Uygulama süresi 15-20 dakika arasında değişti.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 11.0 istatistik programı kullanıldı. İstatistiksel ortalamalar, standart sapmaların sayı ve yüzde dağılımlarının hesaplanması amacıyla tanımlayıcı istatistikler uygulandı. GSA-12 ile SBTÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapıldı. GSA-12 ve SBTÖ alt boyutlarına etki edebileceği düşünülen bağımsız değişkenler arasındaki farkı tanımlama ve gruplar arasındaki istatistiksel farklılığı değerlendirmede parametrik ve non parametrik testler (Student t test, Mann Whitney U ve ANOVA ve Kruskal Wallis test) kullanıldı. Daha sonra çok değişkenli analizlerden lojistik regresyon analizi ile bulgular değerlendirildi ve bulgular kısmında lojistik regresyon sonuç tabloları verildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %65.9'unun 21 yaş ve altında (yaş ortalaması 20.91 ± 1.50 yıl), %86.2'sinin kız, %54.5'inin birinci+ikinci sınıfta okuduğu, %3.6'sının sağlık meslek lisesinden mezun olduğu, %38.9'unun en uzun süre ilde yaşadığı, %91.6'sının yurtdışı veya arkadaşları ile evde kaldığı, %61.1'inin yükseköğrenim için ilçe/kasabadan geldiği, %35.3'ünün hemşirelik bölümünü puanının bu bölüme yetmesi nedeni ile %53.9'unun ise bu bölümü sekizinci sıra ve altında tercih ettiği, %83.8'inin okuduğu bölümden memnun olduğu ve %59.9'unun sosyal ilişkilerinden doyum aldığı saptandı (Tablo 1).

Öğrencilerin SBTÖ puanlarının tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; "sosyal destek arama" alt boyutunda erkeklerin kızlara göre 10.7(2.3-50.0) kat risk fazlası olduğu bulundu. Erkekler kızlara göre stresle başa çıkmada sosyal destek aramayı daha fazla kullanmaktadır. Sosyal ilişkilerinden hiç doyum almayan öğrencilerin sık sık doyum alan öğrencilere göre 2.25(1.02-4.96) kat "sosyal destek aramayı" daha fazla kullandığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 1: Öğrencilerin Genel Sağlık Anketi-12 ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçekleri Puanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre İncelenmesi (N=167)

Değişkenler	Sayı (%)	Kendine Güvenli Yaklaşım*		Çaresiz Yaklaşım*		Boyun Eğici Yaklaşım*		İyimsen Yaklaşım*		Sosyal Destek Arama*		GSA-12**		
		P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	
Yaş	22 ve ↑ (ref.)	57(34.1)												
	21 ve ↓	110(65.9)	0.29	1.6(0.6-3.8)	0.63	0.7(0.3-2.0)	0.47	0.7(0.3-1.7)	0.15	1.9(0.7-4.8)	0.18	2.1(0.8-5.4)	0.56	0.7(0.2-2.0)
	Kız (ref.)	144(86.2)												
Cinsiyet	Erkek	23(13.8)	0.46	0.6(0.2-2.0)	0.73	0.8(0.2-2.7)	0.28	1.8(0.6-5.5)	0.31	0.5(0.1-1.76)	0.00	10.7(2.3-50.0)	0.01	0.1(0.0-0.7)
	1-2.sınıf(ref.)	91(54.5)												
Sınıf	3-4.sınıf	76(45.5)	0.90	0.9(0.3-2.3)	0.06	2.5(0.9-6.7)	0.37	1.4(0.6-3.5)	0.06	0.4(0.1-1.0)	0.75	1.1(0.4-2.9)	0.37	0.6(0.2-1.8)
	Sağlık ML (ref.)	6(3.6)												
En son bitirilen okul	Genel/Anadolu lisesi	161(96.4)	0.85	1.1(0.2-6.6)	0.60	0.59(0.08-4.29)	0.41	0.4(0.0-2.9)	0.17	4.9(0.4-49.7)	0.73	0.7(0.1-4.6)	0.44	2.6(0.2-31.5)
	İlçe/kasaba (ref.)	102(61.1)												
En uzun yaşanan yer	İlçe/kasaba (ref.)	65(38.9)	0.86	1.1(0.2-5.2)	0.40	2.1(0.3-11.9)	0.60	0.6(0.1-3.1)	0.84	1.1(0.2-6.7)	0.42	0.5(0.1-2.8)	0.21	0.3(0.0-2.0)
	İlçe/kasaba (ref.)	102(61.1)												
Yükseköğrenim için gellinen yer	İlçe/kasaba (ref.)	65(38.9)	0.74	1.2(0.2-6.1)	0.11	0.2(0.0-1.3)	0.69	1.3(0.2-6.7)	0.69	0.7(0.12-4.0)	0.62	1.4(0.2-7.7)	0.10	4.8(0.7-33.0)
	İlçe/kasaba (ref.)	14(8.4)												
Şu anda kalınan yer	Aile ile (ref.)	153(91.6)	0.73	1.2(0.3-4.9)	0.54	1.5(0.3-6.9)	0.15	0.3(0.1-1.4)	0.64	0.7(0.1-2.8)	0.50	0.6(0.1-2.3)	0.07	5.5(0.8-36.0)
	Yurtta veya ark evde (ref.)	108(64.7)												
Okuduğu bölümü tercih etme nedeni	Aile, ark. Öğret. istemesi (ref.)	59(35.3)	0.43	1.3(0.6-2.7)	0.80	0.9(0.4-2.0)	0.89	1.0(0.5-2.1)	0.10	0.5(0.2-1.1)	0.44	1.3(0.6-2.8)	0.40	1.4(0.6-3.4)
	Puanın tutması (ref.)	77(46.1)												
Tercih sırası	9 ve ↑ (ref.)	90(53.9)	0.32	0.6(0.3-1.4)	0.31	0.6(0.3-1.4)	0.59	1.2(0.6-2.3)	0.90	0.9(0.4-2.0)	0.17	1.6(0.7-3.5)	0.37	1.4(0.6-3.3)
	8 ve ↓	27(16.2)												
Okuduğu bölümden memnun olma	Memnun değil (ref.)	140(83.8)	0.14	0.4(0.1-1.2)	0.00	4.3(1.4-13.0)	0.81	1.1(0.4-2.7)	0.12	0.4(0.1-1.2)	0.75	1.1(0.4-3.2)	0.40	0.6(0.2-1.8)
	Memnun	100(59.9)												
Sosyal ilişkilerden doyum alma	Sık sık (ref.)	67(40.1)	0.12	1.8(0.8-4.1)	0.03	0.4(0.1-0.9)	0.99	1.0(0.4-2.1)	0.18	1.7(0.7-3.8)	0.04	2.2(1.0-4.9)	0.00	6.1(2.5-14.8)
	Hiç													

* Tablo 3'de görülen Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarının ağırlıklı puan ortalamaları kesme noktası olarak alınmıştır.

** GSA-12 ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinde belirtilen 2 değeri kesme noktası olarak alınmıştır.

“Çaresiz yaklaşım” alt boyutunda, okuduğu bölümden memnun olan öğrencilerin memnun olmayanlara göre stresle başa çıkmada “çaresiz yaklaşımı” 4.36(1.45-13.08) kat daha fazla kullandıkları bulundu. Aynı zamanda sosyal ilişkilerinden hiç doyum almayan öğrenciler için “çaresiz yaklaşımı” kullanma davranışları, doyum alan öğrencilere göre koruyucu olarak bulundu [OR: 0.42(0.18-0.95)]. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini içeren diğer bağımsız değişkenler ile SBTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

GSA-12 puanlarının öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisine bakıldığında; öğrenciler arasında erkek olmanın depresyon açısından kız olmaya göre koruyucu olduğu bulundu [OR: 0.18(0.04-0.73)]. Sosyal ilişkilerinden hiç doyum almayan öğrencilerin, alan öğrencilere göre 6.10(2.50-14.88) kat depresyon açısından riskli olduğu belirlendi. Bu bulgu depresyonu önleme açısından sosyal ilişkilerin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini içeren diğer bağımsız değişkenler ile GSA-12 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1).

Araştırma grubunun ailesi ile ilgili özelliklerine bakıldığında; %86.8’inin çekirdek aileye, %72.5’inin üç ve daha az kardeşe sahip olduğu (kardeş sayısı ortalaması: 3.28±1.74), %69.5’inin ailesinin gelirinin giderine eşit veya fazla olduğu, %73.1’inin harçlığını burs ve kredilerden karşıladığı, %88.6’sının annesinin, %62.3’ünün babasının ilköğretim mezunu, %85.6’sının annesinin ev hanımı ve %63.5’inin babasının çalıştığı görülmektedir (Tablo 2).

Öğrencilerin ailelerini tanıtıcı özellikleri ile SBTÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; dört ve üzeri kardeşe sahip öğrencilerin “kendine güvenli yaklaşım” kullanma konusunda daha az kardeşe sahip olanlara göre 2.61(1.07-6.35) kat risk fazlası olduğu saptandı. Üç ve daha az kardeşe sahip öğrenciler stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımı daha fazla kullanmaktadır. Öğrencilerin harçlığını burs/kredilerden karşılaması “kendine güvenli yaklaşım” kullanma açısından, ailesinden karşılayanlara göre koruyucu bulundu [OR: 0.31(0.12-0.79)]. Harçlığını burs ve kredilerden karşılayan öğrenciler kendine güvenli yaklaşımı daha fazla kullanmaktadır (Tablo 2).

Öğrencilerin ailelerinin tanıtıcı özelliklerini içeren diğer bağımsız değişkenler ile SBTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (Tablo 2).

GSA-12 ile öğrencilerin ailelerini tanıtıcı özelliklere bakıldığında; geliri giderinden az olan öğrencilerin geliri giderine eşit/fazla olan öğrencilere göre depresyon açısından 2.38(1.01-5.61) kat risk fazlası olduğu bulundu. Gelir düzeyi düşük öğrenciler depresyon açısından risk taşımaktadır. Öğrencilerin ailelerinin tanıtıcı özelliklerini içeren diğer bağımsız değişkenler ile GSA-12 arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Genel Sağlık Anketi-12 ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçekleri Puanlarının Ailelerini Tanıtıcı Özelliklerine Göre İncelenmesi (N=167)

Değişkenler	Sayı (%)	Kendine Güvenli Yaklaşım*		Çaresiz Yaklaşım*		Boyun Eğici Yaklaşım*		İyimser Yaklaşım*		Sosyal Destek Arama*		GSA-12**	
		P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)	P	OR (%95 GA)
Aile tipi													
Çekirdek aile (ref.)	145 (86.8)												
Geniş aile	22 (13.2)	0.29	0.5(0.2-1.6)	0.33	1.7(0.5-5.4)	0.46	0.6(0.2-1.8)	0.66	1.2(0.4-3.7)	0.53	1.4(0.4-4.2)	0.89	0.9(0.2-3.1)
Kardeş sayısı													
3kardeş ↓(ref.)	121 (72.5)												
4 kardeş ve ↑	46 (27.5)	0.03	2.6(1.0-6.3)	0.71	0.8(0.3-2.1)	0.37	0.6(0.2-1.5)	0.21	1.7(0.7-4.2)	0.16	0.5(0.2-1.3)	0.22	1.8(0.6-4.9)
Ailenin gelir durumu													
Gezir gđdere eşit /fazla (ref)	116 (69.5)												
Gezir gđrerden↓	51(30.5)	0.11	0.5(0.2-1.1)	0.81	1.1(0.4-2.5)	0.85	0.9(0.4-1.9)	0.69	0.8(0.3-1.9)	0.41	1.4(0.6-3.2)	0.04	2.3(1.0-5.6)
Harçlığı karşılama durumu													
Aile (ref)	45 (26.9)												
Burs ve kredi	122 (73.1)	0.86	1.0(0.4-2.4)	0.01	0.3(0.1-0.7)	0.92	1.0(0.4-2.2)	0.58	0.7(0.3-1.8)	0.71	0.8(0.3-2.0)	0.93	0.9(0.3-2.4)
Anne eğitim düzeyi													
İlköğretim ve üzeri(ref)	148 (88.6)												
Okuryazar değil	19 (11.4)	0.29	0.5(0.1-1.7)	0.78	0.8(0.2-3.1)	0.99	1.0(0.3-3.3)	0.28	0.4(0.1-1.7)	0.79	0.8(0.1-3.6)	0.74	1.2(0.3-5.0)
Baba eğitim düzeyi													
Lise ve ↑(ref)	63(37.7)												
İlköğretim	104 (62.3)	0.38	1.3(0.6-2.8)	0.59	1.2(0.5-2.7)	0.81	0.9(0.4-1.8)	0.28	0.6(0.3-1.4)	0.07	2.0(0.9-4.4)	0.13	1.9(0.8-4.8)
Anne işi													
Ev hanımı (ref)	143(85.6)												
İşçi/memur/serbest	24 (14.4)	0.16	0.4(0.1-1.3)	0.31	1.7(0.5-5.5)	0.73	1.1(0.4-3.0)	0.64	0.7(0.2-2.1)	0.12	0.4(0.1-1.2)	0.73	0.7(0.2-2.8)
Baba işi													
Emekli(ref)	61 (36.5)												
Çalışıyor	106 (63.5)	0.23	0.6(0.9-1.3)	0.88	0.9(0.4-2.1)	0.09	1.8(0.8-3.8)	0.18	0.8(0.2-1.2)	0.69	0.8(0.3-1.8)	0.21	1.7(0.7-4.3)

* Tablo 3'de görülen Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarının ağırlıklı puan ortalamaları kesme noktasi olarak alınmıştır.

** GSA-12 ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinde belirtilen 2 değeri kesme noktasi olarak alınmıştır

Tablo 3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutlarının ve Genel Sağlık Anketi-12 Ağırlıklı Puan Ortalamaları ve En Düşük-En Yüksek Değerleri (N=167)

Ölçekler	Ort ±Ss	En Düşük-En Yüksek
Kendine Güvenli Yaklaşım	2.24±0.48	1.14-3.00
Çaresiz Yaklaşım	1.04±0.50	0.13-2.50
Boyun Eğici Yaklaşım	0.61±0.47	0-2.50
İyimser Yaklaşım	1.94±0.57	0.40-3
Sosyal Destek Arama	1.85±0.63	0-3
Genel Sağlık Anketi-12	1.92±2.59	0-12

SBTÖ alt boyut ve GSA-12 puan ortalamaları ve en düşük-en yüksek değerleri Tablo 3'de görülmektedir. Öğrenciler stresle başa çıkmada en fazla kendine güvenli yaklaşımı kullanmaktadır. GSA-12 puan ortalaması da depresyon için risk kabul edilen ikinin altındadır.

Tablo 4: Öğrencilerin GSA-12 Değerleri (N=167)

Genel Sağlık Anketi -12 Puanlamaları	Sayı	%
Depresyon riski yok	115	68.9
Depresyon riski var	52	31.1

GSA-12 puanlamasına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin %68.9'unun depresyon riski taşımadığı, %31.1'inin depresyon riski taşıdığı saptandı (Tablo 4).

Tablo 5: Genel Sağlık Anketi 12'nin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları ile İlişkisi

Ölçekler	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
Genel Sağlık Anketi-12	r=-0.329** p=0.000	r=0.382** p=0.000	r=0.151 p=0.051	r=-0.308** p=0.000	r=-0.175* p=0.023

p<0.05*, p< 0.01**

GSA-12'nin SBTÖ alt boyutları ile ilişkisi incelendiğinde; GSA-12 ile kendine güvenli yaklaşım (r=-0.329, p=0.000) ve iyimser yaklaşım (r=-0.308, p=0.000) alt boyutu arasında negatif yönde orta düzey bir korelasyon ilişkisi saptandı. GSA-12 ile çaresiz yaklaşım alt boyutu arasında orta düzey pozitif korelasyon ilişkisi (r=0.382, p=0.000), sosyal destek arama alt boyutu arasında ise negatif yönlü zayıf bir korelasyon ilişkisi (r=-0.175, p=0.023) bulundu. GSA-12 puanları arttıkça kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanları azalmaktadır. GSA-12 puanları arttıkça çaresiz yaklaşım puanları da artmaktadır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Gençlik çağında fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, ruhsal ve toplumsal değişiklikler de genci zorlamaktadır. Özellikle yükseköğrenim görme şansını elde eden gençler, bunun yarattığı sevincin yanı sıra; aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaş edinme, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler, yurt yaşamına alışma, gelecekteki mesleği ve çalışma yaşamı ile ilgili kaygı gibi birçok sorun ve zorlukla karşı karşıya kalmaktadırlar. Zorluklar karşısında her gencin tepkisi farklıdır. Bu tepkilerin bir grubunu da depresif belirtiler oluşturur (Aylaz ve ark. 2007).

Bu araştırmaya katılan öğrencilerin GSA-12 puan ortalaması 1.92 ± 2.59 ve yaklaşık üçte birlik kısmının (%31.1) depresyon için risk taşıdığı saptandı (Tablo 3, 4). GSA-12 kullanılarak ülkemizde yapılan çalışmalarda; Demirüstü ve ark. (2009) üniversite öğrencilerinin %20.1'inde orta, %20.4'ünde daha yüksek düzeyde depresif belirti olduğunu, Özenli ve ark. (2009) %28.2'sinde ruhsal bozukluk tanısı olasılığı bulunduğunu, Üner ve ark. (2007) ise öğrencilerin %65.0'nun GSA-12'den iki ve üzerinde puan aldığını belirtmişlerdir. Özdemir ve Rezaki (2007) üniversite öğrencilerinin GSA-12 puan ortalamasını 7.5 ± 3.7 , hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ise puan ortalamaları; 5.80 (Üstün ve ark. 2003) ve 3.00 (Öztürk ve Aktaş 2007) olarak bildirilmiştir. Farrell'in (1998) hemşirelerle yaptığı araştırmada, hemşirelerin %34'ünün ruhsal hastalıklar yönünden riskli grupta yer aldığı, Yılmaz ve ark.nın (2006) çalışmasında ise hemşirelerin %5.2'sinde psikolojik belirtilerin yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelik öğrencilerin %30.1'nin depresif belirtisi olduğu bildirilmiştir (Alparslan ve ark. 2008). Bu çalışmadan elde edilen GSA-12 puan ortalaması diğer çalışmalardan düşük olmakla beraber, öğrencilerin %31.1'inin depresyon riski taşıması, üniversite öğrencisinin ruhsal hastalıklar yönünden riskli grup olduğunu doğrulamaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin ileride hasta ile bire bir ilişki yürütecek olması nedeniyle depresyonun erken tanılanması önemlidir.

Çalışmamızda erkek olmanın depresyon açısından koruyucu olduğu ve kız öğrencilerin depresyona daha eğilimli olduğu saptandı (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda cinsiyetin depresyon üzerine etkisi araştırılmış ve kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir (Weissman ve Klerman 1977, Önal ve ark. 2001, Simon ve Lively 2010). GSA-12 ile yapılan çalışmalarda da kız öğrencilerin puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Hamilton ve Schweitzer 2000, Demirüstü ve ark. 2009). Araştırma bulguları literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada sosyal ilişkilerinden hiç doyum almayan öğrencilerin, alan öğrencilere göre depresyon açısından riskli olduğu belirlendi (Tablo 1). Bu bulgu, depresyonu önleme açısından ileride

hasta ya da sağlıklı bireylere bakım verecek öğrencilerde doyurucu sosyal ilişkilerin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada geliri giderinden az olan öğrencilerin geliri giderine eşit/fazla olan öğrencilere göre depresyon açısından 2.38(1.01-5.61) kat risk fazlası olduğu bulundu. Gelir düzeyi düşük öğrenciler depresyona daha eğilimlidir (Tablo 2). Yapılan birçok çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilerde daha yüksek oranda depresif belirti gözlemlendiği bildirilmektedir (Özdel ve ark 2002, Lorant ve ark. 2003, Bostancı ve ark. 2005, Ceylan ve ark. 2003, Kaya ve ark. 2007, Demirüstü ve ark 2009). Araştırma bulguları literatür ile uyumludur. Ekonomik güçlükler tüm bireylerde olduğu gibi öğrencilerde de birçok sıkıntıya neden olmaktadır. Öğrencilerin istedikleri gibi masraflarını karşılayamamaları ve buna bağlı olarak daha fazla zorluk yaşamaları nedeniyle ruhsal sıkıntılarının artmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin stresle başa çıkmada en fazla kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyutlarını kullandıkları saptandı (Tablo 3). Onkologlarla yapılan bir çalışmada stresle baş çıkmada en fazla kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları belirlenmiştir (İşçen 2006). Temel ve ark.nın (2007) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin SBTÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları, kendine güvenli yaklaşım:12.44±4.00, çaresiz yaklaşım: 10.22±3.75, boyun eğici yaklaşım:5.79±2.48, iyimser yaklaşım: 7.73±3.05 ve sosyal destek arama:6.42±1.91 olarak belirlenmiştir. Demirüstü ve ark.nın (2009) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları; kendine güvenli yaklaşım:2.07±0.01, çaresiz yaklaşım:1.17±0.01, boyun eğici yaklaşım:0.89±0.01, iyimser yaklaşım: 1.77±0.01 ve sosyal destek arama:1.90±.01 olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularımız literatüre yakın bulunmuştur.

Bu çalışmada, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre stresle başa çıkmada sosyal destek arama alt boyutunda 10.7(2.3-50.0) kat risk fazlası olduğu bulundu. Erkekler kızlara göre stresle başa çıkmada sosyal destek aramayı daha fazla kullanmaktadır (Tablo 1). Aysan ve Bozkurt'un (2000) çalışmasında kızların daha çok sosyal destek alma, olumlu yorumlar yapma, duygulara odaklanma gibi başa çıkma stratejilerini kullandıkları belirtilmiştir. Demirüstü ve ark.nın (2009) çalışmasında stresle başa çıkmada kız öğrencilerin çaresiz yaklaşım ve sosyal destek aramayı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Bulgularımız literatürden farklıdır. Bu farkın, araştırmaya katılan öğrencilerin büyük bir kısmının kız olmasından kaynaklandığı ve cinsiyet bakımından daha eşit dağılımlı örneklerde bu sonuçların değişebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada “çaresiz yaklaşım” alt boyutunda, okuduğu bölümden memnun olan öğrencilerin memnun olmayanlara göre stresle başa

çıkma da çaresiz yaklaşımı 4.36(1.45-13.08) kat daha fazla kullandıkları bulundu (Tablo 1). Temel ve ark.nın (2007) çalışmasında okul yaşamından memnun olduklarını belirten öğrencilerin stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları yüksek olarak belirlenmiştir. Araştırma sonucumuz beklenen bir durumdur. Öğrencilerin kendi istekleri dışında bir bölümde okumalarının stres düzeylerini arttırdığı ve öğrencilerin stresle başa çıkmada pasif tarzları kullandıklarını göstermektedir.

Aynı zamanda çalışmamızda sosyal ilişkilerinden hiç doyum almayan öğrenciler için “çaresiz yaklaşımı” kullanma davranışları, doyum alan öğrencilere göre koruyucu olarak bulundu (OR: 0.42(0.18-0.95)). Sosyal ilişkilerden doyum alan bireylerin stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşımdan ziyade sosyal ilişkilere daha sık ve doğru biçimde başvurmaları beklenir (Tablo 1). Diğer insanlarla sosyal ilişki içinde olan ve bu ilişkilerinden doyum sağlayan öğrencilerin stresle daha kolay baş etmeleri beklenen bir sonuçtur.

Bu araştırmada üç ve daha az kardeşe sahip öğrencilerin stresle başa çıkmada “kendine güvenli yaklaşımı” daha fazla kullandığı belirlendi (Tablo 2). Temel ve ark.nın (2007) çalışmasında kardeş sayısının SBTÖ alt boyutlarını etkilemediği saptanmıştır. Daha az kardeşe sahip olan öğrencilerin aile içindeki paylaşımın artmasına bağlı olarak stresle daha kolay baş ettikleri düşünülmektedir.

Öğrencilerin harçlığını burs/kredilerden karşılaması “kendine güvenli yaklaşım” kullanma açısından, ailesinden karşılayanlara göre koruyucu bulundu (OR: 0.31(0.12-0.79)). Bu bulguya göre kendine güvenli yaklaşımın harçlığını burs/ kredilerden karşılayan öğrenciler tarafından daha fazla kullanıldığı söylenebilir. Bunun nedeni harçlığını burs/ kredilerden karşılayan öğrencilerin çoğunluğu (%73.1) oluşturması olabilir. Bu açıdan harçlığını ailesinden alan öğrencilerin sayıca artması durumunda bu sonuçların değişebileceği düşünülmektedir.

SBTÖ alt boyutları ile GSA-12 arasındaki ilişkisi incelendiğinde; stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramayı daha fazla kullanan öğrencilerin depresyon riski azalmakta ancak çaresiz yaklaşımı kullanan öğrencilerin depresyon riski artmaktadır. Başka bir deyişle depresyon riski yüksek olan öğrenciler stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramayı daha az kullanmakta, depresyon riski yüksek olan öğrenciler ise stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşımı daha sık kullanmaktadır (Tablo 5). Yapılan diğer çalışma bulguları da bu araştırmamızın bulgularına benzer bulunmuştur (Temel ve ark. 2007, Demirüstü ve ark. 2009).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda; GSA-12 puan ortalaması 1.92 ± 2.59 olarak saptandı. Öğrencilerin yaklaşık üçte birlik kısmı (%31.1) depresif belirtilere sahiptir. Araştırmada kızların, geliri giderinden az olanların ve sosyal ilişkilerinden doyum almayan öğrencilerin depresyona eğilimli olduğu bulundu. SBTÖ alt boyut toplam puan ortalamaları; kendine güvenli yaklaşım: 2.24 ± 0.48 , çaresiz yaklaşım: 1.04 ± 0.50 , boyun eğici yaklaşım: 0.61 ± 0.47 , iyimser yaklaşım: 1.94 ± 0.57 ve sosyal destek arama: 1.85 ± 0.63 olarak belirlendi. Öğrencilerin stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyutlarını daha fazla kullandıkları belirlendi.

Araştırmada, stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramayı daha fazla kullanan öğrencilerin depresyon riskinin azaldığı ancak çaresiz yaklaşımı kullanan öğrencilerin depresyon riskinin arttığı saptandı. Başka bir deyişle depresyon riski yüksek olan öğrenciler stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramayı daha az kullanmakta, depresyon riski yüksek olan öğrenciler ise stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşımı daha sık kullanmaktadır

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda;

- Üniversite öğrencilerinin sağlık durumlarını belirleyebilmek için belirli aralıklarla taramalar yapılması
- Lisans eğitiminde ders programına uygulamalı stresle başa çıkma programlarının eklenmesi
- Sosyal ilişkilerinde sorunu olan öğrencilere psikolojik danışma hizmetlerinin verilmesi
- Depresyon ve stres düzeyini azaltmaya yönelik sosyal ilişkileri geliştirecek ders dışı etkinliklerin düzenlenmesi
- Öğrencilerin sosyal destek kaynaklarının arttırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R ve ark. (2009). Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care*, 24(3), e1-7.
2. Alparslan N, Yaşar S, Dereli E ve ark. (2008). Sağlık Yüksekokulu ve Teknik Eğitim Fakültesi öğrencilerinde görülen depresif belirtiler ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 48-57.
3. Aylaz, R, Kaya B, Dere N ve ark. (2007). Sağlık Yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(1), 46-51.

4. Aysan F, Bozkurt N (2000). Bir grup üniversite öğrencisinin kullandığı başa çıkma stratejileri ile depresif eğilimleri ve olumsuz otomatik düşünceleri arasındaki ilişki. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 12, 25-38.
5. Bostancı M, Özdel O, Oguzhanoglu NK ve ark. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J*, 46(1), 96-100.
6. Ceylan A, Özen Ş, Palancı Y ve ark. (2003). Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete-depresyon düzeyleri ve zararlı alışkanlıklar: Mardin çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 144-150.
7. Demirüstü C, Binboğa D, Öner S ve ark. (2009). Üniversite öğrencilerinin genel sağlık anketi skorları ve stresle baş etme yöntemleri arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(2), 70-76.
8. Ekundayo OJ, Dodson-Stallwort J, Roofe M ve ark. (2007). Prevalence and correlates of depressive symptoms among high school students in Hanover, Jamaica. *The Scientific World Journal*, 7, 567-576.
9. Farrell GA (1998). The mental health of hospital nurses in Tasmania as measured by the 12-item General Health Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 707-712.
10. Hamilton TK, Schweitzer RD (2000). The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(5), 829-835.
11. İnanç N, Savaş HA, Tutkun H ve ark. (2004). Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde psikiyatrik açıdan incelenen öğrencilerin klinik ve sosyo-demografik özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 5(4), 222-230.
12. İşçen P (2006). Onkologların çatışma eğilimlerinin, empatik becerilerinin, iş doyumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 99- 100.
13. Kartal A, Çetinkaya B, Turan T (2009). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ruhsal belirtilerin taranması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8 (2), 161-166.
14. Kaya M, Genç M, Kaya B ve ark. (2007). Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 1-9.
15. Kılıç C (1996). Genel sağlık anketi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması: *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7 (1), 3-9.
16. Lazarus RS, Folkman S (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing, s: 11-21.
17. Lorant V, Deliege D, Eaton W ve ark. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.*, 157(2), 98-112.
18. Önal AE, Tümerdem Y, Arı D (2001). İstanbul - Halkalıda 40 yaş ve üstü nüfusta beck depresyon ölçeği ile depresyon prevalansının saptanması ve ölçeğin iç tutarlılığının incelenmesi. *Medical Research*, 19(2),94-99.
19. Özdel L, Bostancı M, Özdel O ve ark. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 155-161.
20. Özdemir H, Rezaki M (2007). Depresyon saptanmasında Genel Sağlık Anketi- 12. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 13-21.
21. Özenli Y, Yoldaşcan E, Topal K ve ark. (2009). Türkiye'de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 131- 136.

22. Öztürk C, Aktaş B (2007). Hemşirelik öğrencilerinin genel sağlık durumları ve bunu etkileyen bazı özelliklerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2), 58-65.
23. Partlak N (2003). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve intihar olasılıkları arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1- 40.
24. Simon RW, Lively K (2010). Sex, anger and depression. *Social Forces*, 88(4), 1543-1568.
25. Song Y, Huang Y, Liu D ve ark. (2008). Depression in college: depressive symptoms and personality factors in Beijing and Hong Kong college freshmen. *Compr Psychiatry*, 49(5), 496-502.
26. Şahin B (2007). Hemşirelik öğrencilerinin kendilerini anlatma ve stresle baş etme ilişkilerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 25- 79.
27. Şahin NH, Durak A (1995). Üniversite öğrencileri için bir Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
28. Temel E, Bahar A, Çuhadar D (2007). Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 106-118.
29. Üner S, Bosi TB, Velipaşaoğlu M ve ark. (2007). Ankara'da bulunan iki lisenin öğrencilerinin ruhsal durumlarının GSA-12 ile değerlendirilmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(1), 25-31.
30. Üstün B, Akgün E, Partlak N (2003). Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin öfke ifade etme biçimleri ve genel sağlık durumlarının incelenmesi. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 351-354.
31. Weissman MM, Klerman GL (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 34(1), 98-111.
32. Yıldırım A, Ekinci M (2005). Eğitimi hemşirelik olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma düzeylerinin karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(3), 19-29.
33. Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z (2006). Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. *Sted*, 15 (6), 92-97.

YAYGIN DAMAR İÇİ PIHTILAŞMA (YDP)

DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION (DIC)

Doç.Dr. Asiye DURMAZ AKYOL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Yaygın damar içi pıhtılaşma (YDP), aşırı trombin oluşumu ile sonuçlanan kompleks edinsel bir koagülopatidir. Anormal doku faktörü bir çok bozuklukta YDP'yi başlatan en önemli mekanizmadır. YDP, rutin kullanılan laboratuvar testleri ve skorlama algoritmaları ile tanılanabilir. Predominant kanama, tromboembolik komplikasyonlar veya organ yetersizliği gibi klinik belirtiler tanılama testleri ile birlikte değerlendirilmelidir. YDP'nin tedavisinde temel prensip; gecikme olmaksızın altta yatan nedeni saptamak ve tedavi etmektir.

Bu makalede, YDP risk faktörleri, tanı, tedavide güncel yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: YDP, kan hastalıkları, hemostaz, hemşirelik.

ABSTRACT

Disseminated intravascular coagulation (DIC) is a complex acquired coagulopathy resulting from excessive thrombin formation. Abnormal tissue factor is a major mechanism initiating DIC in many disorders. The diagnosis DIC can be made using routinely laboratory tests and scoring algorithms. Clinical symptoms such as predominant bleeding, thromboembolic complications or organ failure should be evaluated together with the profile of laboratory test results.

The guiding principle of therapy is to identify and vigorously treat the underlying cause of DIC without delay.

In this article, DIC risk factors, diagnosis, treatment and nursing care activities are discussed.

Key Words: DIC, hematological diseases, hemostas, nursing

GİRİŞ

Yaygın damar içi pıhtılaşma (YDP) (Disseminated Intravascular Coagulation-DIC); mikrovasküler tromboz, defibrinasyon sendromu, tüketim koagülopatisi olarak adlandırılan intrinsik yada ekstrinsik pıhtılaşma mekanizmasının aktivasyonu sonucu sistemik dolaşımında trombin oluşumu ile karakterize bir sendromdur (Levi 2007; Bayık

2007; Çelebi 2007; Corbetti & Bucshel 2005; White & Duncun 2003; Bick 2002; Hough ve ark. 2001).

Yaygın damar içi pıhtılaşması, damarlarda fibrin oluşumu nedeni ile organlarda kan akımının bozulması sonucu çoklu organ yetmezliğine neden olan sistemik masif damar içi pıhtılaşmadır (Bayık 2007). YDP'de temel sorun; pıhtılaşma ve pıhtının çözülmesi olayı arasındaki dengenin bozulmasıdır (Bick 2002; White & Duncun 2003; Corbetti & Bucshel 2005; Bayık 2007, Çelebi 2007). YDP birincil değil, her zaman altta başka bir hastalığa/nedene bağlı olarak gelişen ikincil bir sendromdur (Bick 2002; White & Duncun 2003; Corbetti & Bucshel 2005). YDP insidansı ve mortalite oranları altta yatan hastalığa, trombus oluşumuna ve kanamaya bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Stewart 2001; Gobel 1999). YDP insidansı bakteriyel sepsis gelişen hastalarda görülen % 10-50, yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda ise % 50-70 arasında değişmektedir. YDP gelişen bir hastada genellikle belirti ve bulguların sessiz seyretmesi yada geç fark edilmesi mortalite ve morbidite oranlarının yükselmesine neden olmaktadır. YDP mortalite oranı % 68 olup komplikasyon gelişen vakalarda bu oranın daha da yükseldiği belirtilmektedir (Stewart 2001).

Yaygın Damar İçi Pıhtılaşmanın Fizyopatolojisi

Normal hemostatik koşullarda, sağlıklı bir dolaşım sisteminde kanın sıvı halde kalmasını ve damar bütünlüğünün bozulduğu hallerde vücutta koagülasyon ve fibrinolitik sistem arasında dengenin sağlanmasında doğal antikoagülan sistem, fibrinolitik sistem, trombositler ve pıhtılaşma sistemi rol almaktadır (Şekil 1) (Büyükaşık 2004; Birol 2003; Stewart 2001). Kanın damarın yırtıldığı yada zedelendiği durumda damara değmesi sonucunda hemostazis süreci başlamaktadır. Bu süreçte etkili olan faktörler intrinsek ve ekstrinsek yolun aynı anda uyarılması ile aktive olmaktadır. Primer hemostaz sürecinde, vasküler spasm damar duvarı hasarına bağlı olarak düz kasların kontraksiyonunu başlatır. Bu süreç içinde trombosit tıkaçı oluşumu ve kan pıhtılaşması gelişir. Kanın pıhtılaşması sırasında ilk meydana gelen tromboplastindir. Tromboplastin, yaralanmış dokudan (ekzojen) ve kandaki mevcut maddelerden (endojen) olmak üzere iki yoldan gelir, koagülasyon şalesinin uyarılmasını ve inaktif faktör X'nun aktif hale geçirilmesini sağlar (White & Duncun 2003; Corbetti & Bucshel 2005; Gökçe & Irmak 2007). Çeşitli nedenlerle hasar görmüş endotel yüzeyinde kanın teması sonrasında faktör XII'nin açığa çıkmasına bağlı olarak uyarılması intrinsek sistem aktivasyonu olarak adlandırılır. Damar hasarının olduğu bu bölgede trombosit tıcağını sağlamlaştıran fibrin formasyonu oluşur (White & Duncun 2003; Corbetti & Bucshel 2005; Gökçe & Irmak 2007).

Trombinin meydana gelişinin en önemli pıhtılaşma nedeni; doku hasarı, eritrosit yada endotoksinlerin oluşturduğu endotel hasarı,

eritrosit yada trombositlerin hasarı, koagülasyon faktörlerinin kullanımı, trombositlerin agregasyonu ve fibrinolitik sistemin sekonder aktivasyonudur (Corbetti & Bucshel 2005; Büyükaşık 2004).

Ekstresek yol, yaygın doku hasarı ve doku hücrelerindeki doku tromboplastinin açığa çıkması ile aktive olmaktadır. Buradaki doku faktörü kan içinde olmadığından ekstresek yol olarak adlandırılmaktadır. Doku tromboplastinin meydana gelmesi için faktör V, VIII ve fibrinojenin aktive olması gerekmektedir. Koagülasyon sisteminin aktivasyonu, trombin oluşumuna, trombin de fibrinojenin fibrine dönüşmesine yol açar. Fibrin yumağı üzerinde eritrosit, lökosit yapışması doku hasarının kontrol edilmesini ve damarın onarılmasını sağlar (Biol 2003). Damar endotel hücreleri ile örtülür ve fibrin pıhtısına gereksinim kalmaz. Fibrin oluşumu sellüler ve plazma fibrinolitik sistem ile eritmeye çalışılır. Normalde kanda inaktif halde ve fibrinolitik sürecin öncü enzimi olan plazminojen pıhtıya gereksinim kalmayınca aktive olarak plazmine dönüşür ve fibrin pıhtısının erimesini sağlar. Normalde trombin oluşumu; antitrombin III (AT III) ve protein C (PC) gibi doğal antikoagülanlar tarafından kontrol edilir. ATIII; trombin ve faktör IXa, Xa, XIa ve XIIa'yı inhibe eder. Aktive PC, faktör Va ve VIIa'yı inaktive eder (Çelebi 2007; Ho ve ark.2005; Stewart 2001).

Normal hemostatik koşullarda vücutta koagülasyon ve fibrinolitik sistem arasında denge vardır. Bu denge bozulduğunda yaygın pıhtı oluşur ve kanama görülür. YDP fizyopatolojisinde dört ayrı mekanizmanın aynı anda birlikte bozulması ile sistemik olarak oluşur. Bunlar; trombin oluşumunda artma, doğal antikoagülasyonun baskılanması, fibrinoliziste azalma, inflamatuvar sistemin aktivasyonudur (Corbetti & Bucshel 2005).

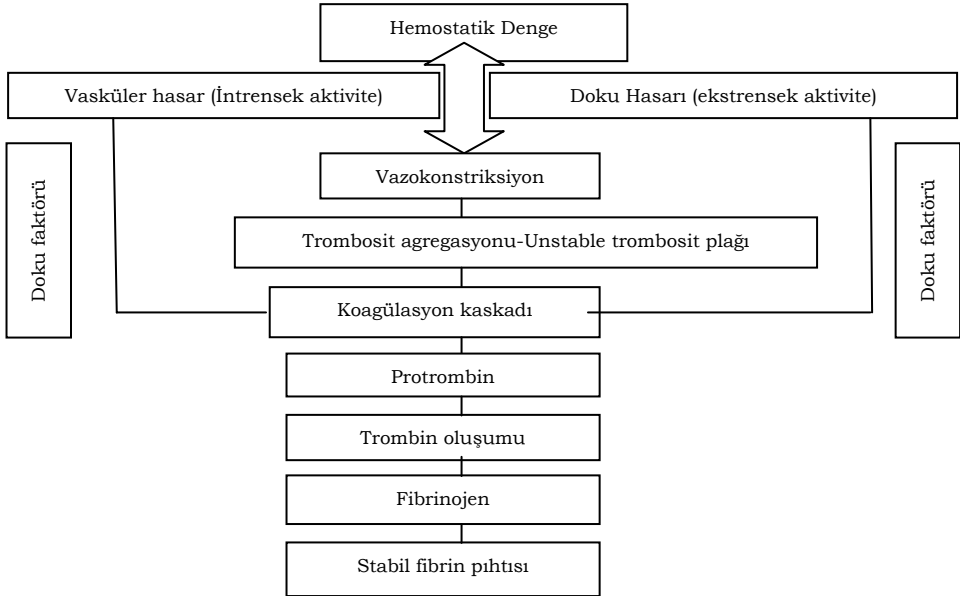
Trombin oluşumunda artma: Endotelyal hücrelerde doku ve ürokinaz plaminogen aktivatörleri (tPA-uPA) salınımı fibrinolitik aktivitede hızlı bir artışa yol açmaktadır. Fibrinolizin baskılanması trombin oluşumunu artırır.

Dolaşımda aşırı trombin oluşumuna eş zamanlı olarak gelişen fibrinoliz sonucu fibrin yıkım ürünleri artar ve kompleman ve kinin sistemi aktive olur. Bu durum kanamaların oluşmasına, şok, hipotansiyon ve vasküler permeabilite gelişmesine katkıda bulunur. (Levi 2007; Corbetti & Bucshel 2005; White & Duncan 2003).

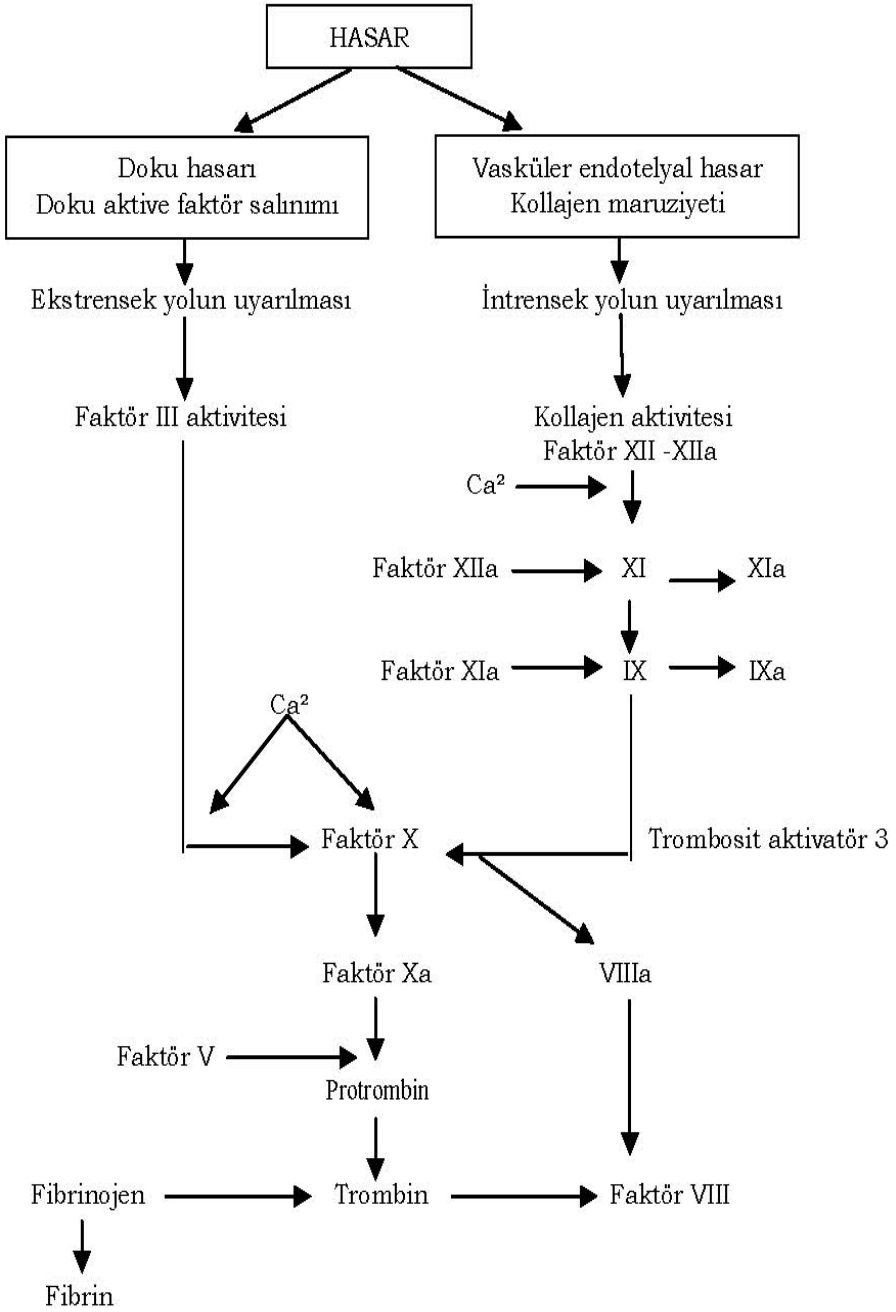
Doğal Antikoagülasyonun Baskılanması: Normal trombin sürecinde etkili olan doğal antikoagülanları inhibe eden faktörlerin YDP sürecinde tüketilmesi, inhibitör düzeylerinde azalmaya ve dolayısıyla da daha fazla pıhtı oluşmasına neden olmaktadır. Doku faktörü, doku faktör yol inhibitörü (tissue factor pathway inhibitor, TFPI) tarafından inhibe edilir. Burada TFPI'nin miktarında azalmanın yanında görevini yeterince yapamadığı görülmektedir.

Fibrinoliziste Azalma: Endotelial hücrelerde doku ve ürokinaz plazminojen aktivatörleri salınımı ile fibrinolitik aktivitede hızlı bir artış görülür. Bu fibrinolitik cevabı takibeden trombosit ve endotelial hücrelerden hızla plazminojen aktivatör inhibitör-1 (PAI-1) salınır ve t-PA ve u PA'yı inhibe ederek fibrinoliziste azalmaya yol açar.

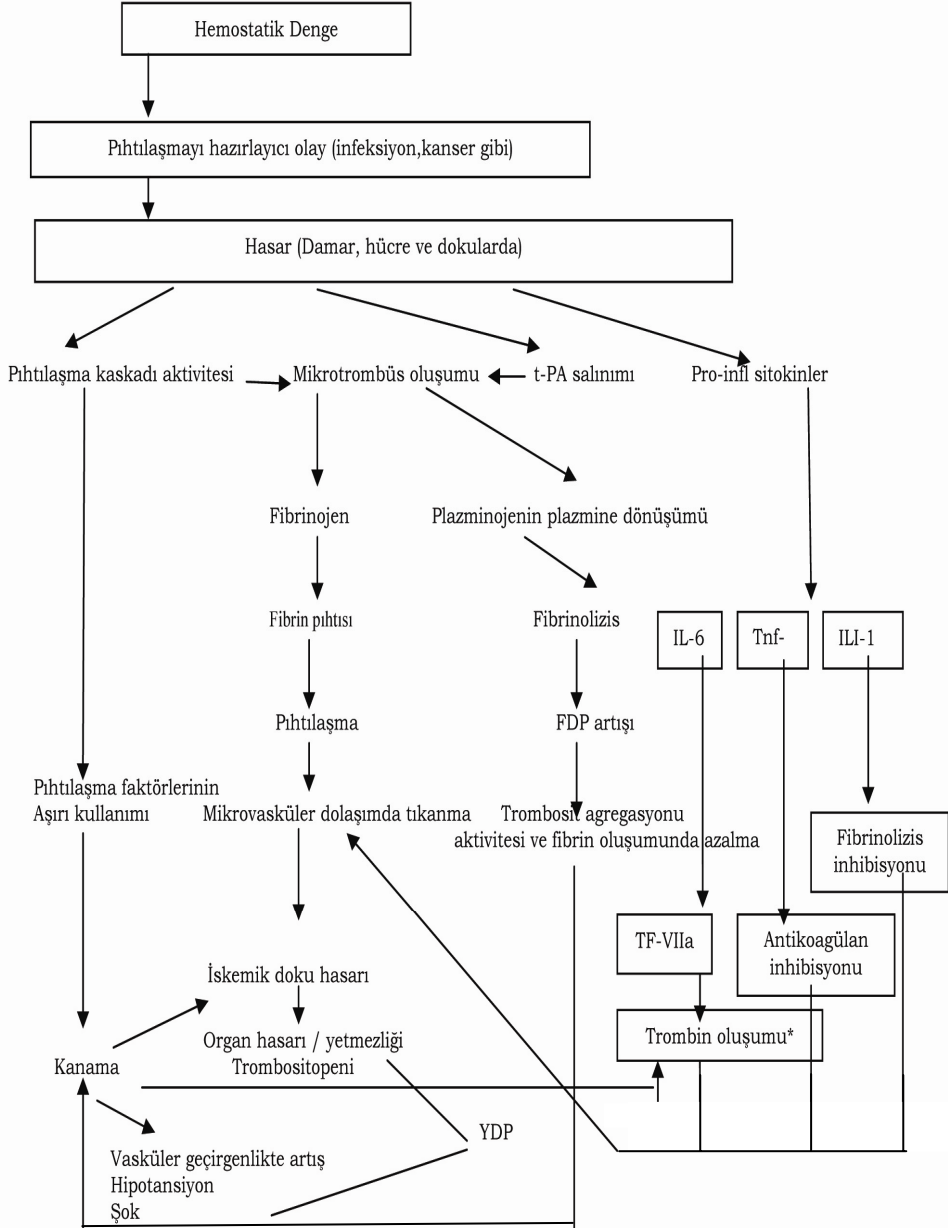
İnflamatuvar sistemin aktivasyonu: Normalde genel dolaşımla temas halinde olmayan doku faktörü (tissue factor:TF) vasküler hasar sonrası dolaşıma karışır ve aktive olmuş pıhtılaşma faktörleri sonrası ile birlikte inflamasyon sistemini uyarır.Bunun sonucunda endotelden pro-inflamatuvar sitokinler (TNF α ,IL-1 gibi) serbest kalır.Lökositlerden endotoksine yada immun komplekse yanıt olarak TF salınımı olabilir. Doku faktörü-VII kompleksi hızla faktör X ve IX'u aktive ederek koagülasyon sisteminin aktivasyonunun başlatır. Koagülasyon sisteminin aşırı aktivasyonu sonucu dolaşımdaki trombin, fibrin pıhtısı oluşmasına neden olur. Mikrovasküler ve makrovasküler sistemde oluşan trombozlar organlarda perfüzyonda yetersizlik, iskemi ve hedef organ hasarına neden olur (Çelebi 2007; Gökçe &İrmak 2007; Corbetti & Bucshel 2005). Doku faktörü plesanta, beyin ve akciğer dokusunda bol miktarda olduğundan büyük travmalarda YDP oluşması kolaylaşmaktadır. Bunun yanında aktive protein C'nin endotoksinle uyarılması TNF α ,IL-1B,IL-6 ve IL-8 yapımını baskılayarak anti-inflamatuvar etki yapmaktadır ve protein C sisteminin baskılanması YDP'de pro-inflamatuvar bir durum oluşmasına neden olmaktadır (Şekil 3).



Şekil 1: Normal Koagülasyon Süreci.



Şekil 2: Pıhtılaşma Şelalesi-Kaskadı



*Trombositler ve koagülasyon faktörleri azalır.

Şekil 3: YDP Fiziopatolojisi (Stewart 2001; Gobel 1999; Ho ve ark. 2005)

Etyoloji ve Risk Faktörleri

Yaygın damar içi pıhtılaşmanın gelişmesinde bir çok hazırlayıcı faktör vardır ve bu faktörler (Tablo 1) normal hemostatik koşullarda vücutta koagülasyon ve fibrinolitik sistem arasındaki varolan dengenin bozulmasına,yaygın pıhtı ve kanama oluşmasına neden olmaktadır (Bayık 2007, Çelebi 2007; Corbetti & Bucshel 2005; Ho ve ark.2005; Bick 2002).

Tablo 1: YDP'de Hazırlayıcı Faktörler

*Akut ve bakteriyel infeksiyonlar (Septisemi-sepsis) Gram (-) yada (+) bakteriler Spiroketler Riketsiyalar Protozoolar Mantarlar Virüsler (HIV, hepatit, Varicella, Sitomegalovirüs)	*Vasküler hastalıklar Büyük anevrizmalar Giant hemanjiom (kasabach-merrit Sendromu)
*Trauma Ciddi doku hasarı Kafa travması Yağ embolisi	*Organ Hasarları Ağır pankreatit Siroz-Ağır karaciğer yetmezliği Şok Glomerülonefritler
*Malinite Solid tümörler Myeloproliferatif ve lenfoproliferatif maliniteler	*Toksinlere bağlı reaksiyonlar Yılan sokması Bazı ilaçlar
*Obstetrik komplikasyonlar Amnion sıvı embolisi Erken plesanta ayrılması Ölü fetüs sendromu Septik abortus	*İmmunolojik Reaksiyonlar Hemolitik transfüzyon reaksiyonları Transplant rejeksiyonu Ciddi alerjik reaksiyonlar
	*Yanıklar *Crush yaralanmaları ve doku nekrozu *Protezler Aortik balon cihazları Denver shuntları
	*Lösemi Akut promyelositik lösemi Akut myelomonositik lösemi

Sepsis, septisemi YDP'nin altta yatan en önemli nedenlerinden biridir. YDP klinik olarak Gram (-) sepsisli bireylerde % 30-50 oranında görülür. Gram (-) enfeksiyonlarda endotoksinler lipopolisakkaritleri direkt faktör XII'nin açığa çıkmasına ve intrinsek koagülasyon sisteminin etkilenmesine neden olur.

Varisella, hepatit ve sitomegalovirüs YDP neden olan en yaygın virüslerdir. Virüsler trombosit agregasyonunu uyararak pıhtılaşma mekanizmalarını başlatması sonucu oluşan trombinin etkisi ile trombositlerden ADP salınımı olur ve hücre endotelinde hasar oluşmasına yol açar YDP insidansı büyük travmalı bireylerde oldukça yüksek olup (% 50-70) sistemik inflamatuvar yanıt sendromu gelişmektedir. Yağ ve fosfolipid gibi doku materyallerinin dolaşıma karışması, hemoliz ve endotelial hasar koagülasyonun doku faktörünün dolaşıma salınmasına yol açar. Dolaşımda sitokinlerin artması (TNF- α ve IL-1) koagülasyonu uyarır, doğal antikoagülasyonları baskılar ve

fibrinolizi inhibe eden plazminojen aktivatör-1 açığa çıkar. Tüm bunların sonucunda mikrovasküler dolaşımda fibrin birikimine yol açar.

Metastatik tümörlü hastaların %10-15'inde, akut lösemilerin %15'inde YDP geliştiği saptanmıştır. Bu grupta yer alan hastalarda YDP koagülasyon sisteminin uyarılması sonucu doku faktörleri dolaşıma karışmasına bağlı olarak gelişir.

Kan transfüzyonu sırasında akut YDP gelişebilir. Bu işlem sırasında transfüze edilen eritrositlerin A ve B antijenlerinin yüzeyine IgM antikorları yapışması sonucunda koagülasyon kaskadı etkilenir.

Obstetrik komplikasyonların birçoğunda akut DIC gelişebilir ve ciddi sonuçlar oluşturabilir. Bir gebede preeklamsi gelişmişse YDP gelişme olasılığı % 11 dir. Puerperal gram (-) sepsis endotoksin aracılığı ile koagülasyon aktivitesi başlamaktadır.

Yaygın Damar İçi Pıhtılaşmada Klinik Belirti ve Bulgular

Lokal yada genel olmuş peteşiyal kanamalardan, yaşamın devamını sağlamak için tedavi gerektiren çeşitli kanama eğilimlerine kadar değişiklik gösterebilen YDP'de klinik görünüm; akut, subakut ve kronik şekilde olabilir (Corbetti & Bucshel 2005).

Akut YDP; aşırı plazmin üretiminin olması, subakut ve kronik YDP de ise trombinin aşırı salınımı ile oluşan trombozis sonucunda ortaya çıkar (Bayık 2007; Çelebi 2007; Corbetti & Bucshel 2005; Bick 2002; White & Duncun 2003). Başlıca belirti ve bulgular; YDP'de altta yatan hastalığa ait belirti ve bulguların yanında (Corbetti & Bucshel 2005; White & Duncun 2003);

- Deri ve mukozalarda purpura,peteşi ve ekimozlar
- Cerrahi yada doğum sonrası şiddetli ve kontrol edilemeyen kanamalar
- Burun ve boğazda kanama, dişeti kanaması
- İntraserebral ve gastrointestinal kanama
- Hematüri
- Mukozal alanlarda, damara giriş yerlerinde ve cerrahi alanlarda kanamalar
- Taşikardi ve hipotansiyon
- Dispne ve hemoptizi görülebilir.

YDP'de oluşan damar içi trombüslerin neden olduğu renal, hepatik, pulmoner ve santral sinir sistemi organ fonksiyon bozukluğuna ait klinik belirti ve bulgular; oligüri ve akut böbrek yetmezliği (ABY), pulmoner emboli ve akut solunum yetmezliği (ARDS),

deliryum, koma, konvülziyon, hemorajik nekroz, periferel doku iskemisi ve gangrenidir (Tablo 2) (White & Duncun 2003; Corbetti & Buchsel 2005).

Tablo 2: YDP Sistemik Belirti ve Bulgular.

Sistem / Organ	Bulgular
Deri	Purpura, peteşi, ekimoz, cerrahi alanda kanama
Kardiovasküler Sistem	Şok, büyük ve küçük damarlarda emboli, MI
Böbrekler	Oligüri, azotemi, hematüri, akut tubuler nekroz, ABY, adrenal yetmezlik.
Karaciğer	Sarıklık, parankimal nekroz
Gastrointestinal sistem	Kanama, mukozal hasar ve nekroz
Santral sinir sistemi	Stupor, koma, fokal yetmezlik, kanama
Solunum sistemi	Pulmoner emboli, ARDS

Yaygın Damar İçi Pıhtılaşmada Tanı

YDP'nin tanısında kullanılan tek bir test yoktur. YDP tanısı için hastalarda kombine bazı testlerin yapılması gerekli olabilir (Bayık 2007; Çelebi 2007; Ural 2007; Angstrum ve ark. 2006; Corbetti & Bucshel 2005; WHO 2005; Baktiari ve ark. 2004; White & Duncun 2003; Bick 2002).

Hastalarda pıhtılaşma ile ilgili testler (protrombin zamanı, aktive parsiyel tromboplastin zamanı, trombin zamanı) uzar, fibrin ile ilişkili parametreler (fibrin yıkım ürünleri (FYÜ)-D Dimer) artar, trombosit, fibrinojen ve pıhtılaşma faktörleri (faktör V, VIII gibi) ve doğal antikoagülanların (AT, PC gibi) plazma seviyeleri azalır.

Uluslararası Tromboz ve Hemostazis Derneği (International Society of Thrombosis and Haemostasis-ISTH) YDP alt komisyonu bir skorlama sistemi geliştirmiştir. YDP tanısında beş aşamalı algoritma kullanılmaktadır (Tablo 3) (Baktiari ve ark.2004; WHO 2005; Angstrum ve ark.2006; Bayık 2007; Ural 2007; Gando ve ark. 2008).

HELLP sendromu, mikroanjiopatik hemolitik anemi gibi bazı hastalıklarda görülen belirti ve bulgular YDP ile karıştırılabilmektedir. Bu nedenle sadece belirgin YDP tanısı koymaya yarayan skorlama sistemi daha şüpheli YDP olgularını da tanımlayabilecek şekilde hastanın takip süresi içinde laboratuvar değerlerinde oluşan değişikliklerin de değerlendirildiği dinamik bir skorlama sistemi olarak yeniden düzenlenmiştir (Tablo 4) (Ural 2007; Angstrum ve ark. 2006; WHO 2005; Baktiari ve ark. 2004).

Tablo 3: Belirgin YDP için ISHT Skorlaması

Parametre	Puan
Trombosit sayısı	>100/nl= 0 50-100/nl= 1 <50/nl= 2
PT (INR)	(< 3 sn = 0) <1.25 = 0 (3 - 6 sn = 1) 1.25 - 1.67 = 1 (> 6 sn = 2) >1.67 = 2
D-Dimer	<2xULN = 0 2-5xULN = 2 >5xULN = 3
Fibrinojen	≥1g/L = 0 <1g/L = 1
Değerlendirme	≥5 puan : Belirgin YDP <5 puan : Şüpheli (dinamik) YDP skorlaması

Tablo 4: Şüpheli YDP için ISTH Skorlaması

Parametre	Puan
Altta yatan hastalık YDP yapar mı?	Hayır = 0 Evet = 2
Trombosit sayısı	Gün 1 ≥100/nl = 0 artıyor = -1 <100/nl = stabil = 0 düşüyor = 1
PT (INR)	Gün 1 ≤1.25 = 0 düşüyor = -1 >1.25 = 1 stabil = 0 artıyor = 1
D-Dimer	Gün 1 <2xULN = 0 düşüyor = -1 ≥2xULN = 1 stabil = 0 artıyor = 1
Antitrombin	≥70% = -1 <70% = 1
Protein C	≥70% = -1 <70% = 1
Değerlendirme	≥5 puan : Belirgin YDP <5 puan : YDP Yok

Yaygın Damar İçi Pıhtılaşmanın Tedavisi

YDP'nin tedavisinde temel amaç; neden olan hastalığı saptamak ve tedavi etmek, eksik olan kan ürünlerini yerine konularak homeostazisi düzenlemek ve kanama belirtilerini kontrol altına almaktır (Bick 2002; Prieto 2002; White & Duncan 2003; Corbetti & Bucshel 2005).

YDP'ye neden olan patolojik mekanizmaların anlaşılması; önleme ve tedavide yeni yaklaşımlara yol açmakla birlikte tedavi adımlarında tartışmalar devam etmektedir (şekil 4). Tedavi klinik belirtilerin şiddetine ve YDP'nin özelliğine bağlı olarak kişiselleştirilmelidir. YDP'de tedavi, yerine koyma tedavisi, antikoagülan tedavi, doğal antikoagülan sistemin düzenlenmesi ve diğer tedaviler başlığı altında incelenebilmektedir (Bayık 2007; Corbetti & Bucshel 2005; Gül 2004; White & Duncan 2003; Bick 2002).

Yerine Koyma Tedavisi (Replasman Tedavisi)

Yerine koyma tedavisinde; taze donmuş plazma (TDP) ve trombosit süspansiyonları yer almaktadır. Ancak bu konsantreler bazı temel pıhtılaşma faktörleri (faktör V) taşımadıklarından pıhtılaşmayı hızlandırabilirler. Bu nedenle kanayan ve trombositopenik hastalarda yada invaziv girişim yapılacak olanlarda trombosit sayısının 50.000/ μ L nin üzerine çıkarılması hedeflenmektedir (Bayık 2007; Çelebi 2007).

Fibrinojen gibi pıhtılaşma faktörlerindeki eksiklik plazma ve kriyopresipitat özel konsantreleri ile kapatılabilir. AT III düzeylerinin düşük olduğu durumlarda, mikrotromboz oluşumu ve organ hasarında artışa neden olabilir. Tedavinin etkinliği PT ve APTT değerleri takip edilerek ölçülebilir (Bayık 2007; Çelebi 2007; Corbetti & Bucshel 2005; White & Duncan 2003)

Antikogölan Tedavi

YDP tedavisinde heparinin rolü tartışmalıdır. YDP'de akut trombo-embolik olaylar kronik YDP'de ise sık tekrarlı trombozlarda baskınsa heparin tedavisine başlanılabilir. Bu vakalarda aynı zamanda düşük molekül ağırlıklı heparinler de (daltaparoid sodyum) kullanılabilir. Heparin düşük doz, devamlı infüzyon yada ayaktan uzun süre subkutan yapılabilir (Bayık 2007; Çelebi 2007; Bick 2002).

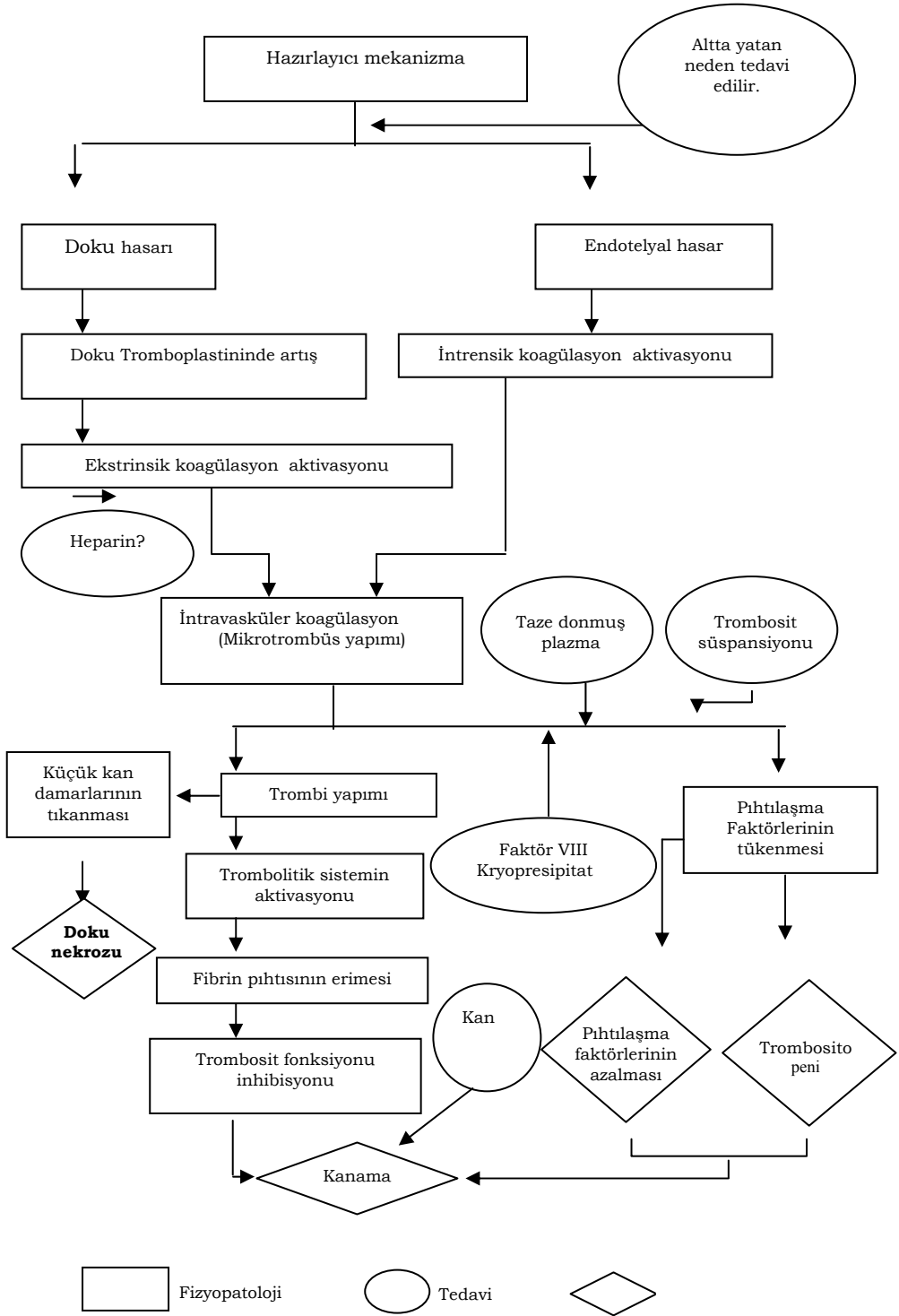
Heparin uygulanması, faktör tükenmesi ve trombositopenisi olan aktif kanamalı hastalarda hayatı tehdit edici kanamalara yol açacağından yapılmamalıdır. Bu hastalarda AT III ve trombosit düzeylerinin takibi yapılarak heparin tedavisi düşük dozda subkutan olarak verilebilir. YDP tedavisinde, AT III'e bağlı olmayan Desiribudin gibi yeni trombin inhibitörleri kullanılabilir (Levi 2007; White & Duncan 2003; Prieto 2002).

Doğal Antikoagölan Sistemin Düzenlenmesi

YDP sırasında doğal antikoagölan sistem baskılandığından faktörlerin yerine konması komplikasyonları azaltmak ve bu süreci kısaltmak için gerekmektedir. YDP'de AT III ve aktif PC konsantrelerinin kullanımı özellikle sepsisli vakalarda ölüm riskini ve organ fonksiyon bozukluğunu azaltmakta etkili olduğu belirtilmektedir (Kitchens 2009; Bayık 2007; Çelebi 2007; White & Duncan 2003; Bick 2002).

Diğer Tedaviler

Ağır kanamalı ve ağır fibrinolizisi olan hastalarda epsilon-aminocaproic acid, tranexamic acid gibi antifibrinolitik ajanlar kullanılabilir (Bayık 2007). Bu ilaçların heparin ile birlikte verilmesi önerilmektedir (Ho ve ark. 2005; Levi 2007; Bayık 2007; Çelebi 2007).



Şekil 4: YDP'de Fizyopatoloji ve Tedavi

YAYGIN DAMAR İÇİ PIHTILAŞMALI HASTADA HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

YDP tüm vücut sistemlerini etkilemekte ve sistemlere yönelik belirti ve bulguların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Gobel 1999; Tucker ve ark.1996; Hough 2001; Stewart 2001; White & Duncan 2003; Gül 2004; Corbetti & Bucshel 2005; Angstrum ve ark.2006).Bu nedenle hemşire objektif ve objektif bilgileri içeren iyi bir tanılama yapabilmeli ve bu doğrultuda hemşirelik bakımını sunabilmelidir (Tucker ve ark.1996; White & Duncan 2003; Corbetti & Bucshel 2005).

SUBJEKTİF VERİ

- **Santral Sinir Sistemi**
- Konfüzyon
- Görmede değişiklikler
- Yorgunluk
- **Kardiovasküler Sistem**
- Göğüs ağrısı
- Kalp hızında artış
- **Gastrointestinal sistem**
- Bulantı
- Karın ağrısı
- **Solunum sistemi**
- Dispne
- Öksürme ile kan gelmesi
- **Genitoüriner sistem**
- Vajinal kanama
- İdrarda kan görülmesi
- **Destekleyici sistem**
- Deride ekimozlar
- Ellerde ve bacaklarda mavi renk değişiklikleri

OBJEKTİF VERİ

- **Santral Sinir Sistemi**
- Epilepsi
- Koma
- Bilinç düzeyinde bozulma
- Vazomotor yetersizlik
- **Kardiovasküler Sistem**
- Hipotansiyonda artış
- Postural hipotansiyon
- Taşikardi

- Epistaxis (burun kanaması)
- Şok
- **Gastrointestinal sistem**
- Bulantı/kusma
- Melena
- Hematemez
- Karında çevresinde genişleme
- **Solunum sistemi**
- Hemoptizi
- Dispne
- Taşikardi
- **Genitoüriner sistem**
- Hematüri
- Oligüri
- **Destekleyici sistem**
- Peteşi
- Ekimoz
- Hematom
- Karında ve göğüste purpura
- **Genel**
- Şiddetli kas,eklem ve sırt ağrısı
- Enjeksiyon bölgesi, IV girişim yeri,cerrahi alanda ve göğüs/nazogastrik tüp etrafında kanama olması
- Post-partum kanama
- Gözün fundusunda kanama olması

YDP'de hemşirelik yönetimi; tedavi planının uygulanması, izlem ve hemşirelik tanılamasını içermektedir.YDP'li bir hastanın fiziksel tanılaması; vital bulgular, bilinç durumu, hemodinamik izlem, kanamanın belirti ve bulguları ile sistemler üzerindeki etkileri, peteşi, ekimoz ve purpura ile girişim yerinden kanamanın olması, periferel dolaşım, hücre perfüzyonu ve gaz değişiminin izlenmesini içerir (Tucker ve ark.1996; White & Duncan 2003; Corbetti & Bucshel 2005; Sivula ve ark.2005).

Bu hastalarda kanamaya yönelik olarak kan ve kan ürünlerinin verilmesi gereken durumlarda transfüzyona yönelik olarak ortaya çıkan komplikasyonlar izlenmeli, yapılan girişimler kayıt edilmelidir. Tedavinin etkinliği ve kanama kontrolünün sağlandığını belirlemede kullanılan laboratuvar bulguları yakından izlenmeli, meydana gelen değişimlerden hekim haberdar edilmelidir (Tucker ve ark.1996; White &Duncan 2003; Corbetti & Bucshel 2005; Sivula ve ark.2005).

Hemşirelik Tanısı: Aktif sıvı kaybı ve kanamaya bağlı sıvı volüm eksikliği.

Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın deri turgoru, rengi normal, alınan ve çıkarılan sıvı arasında denge, böbrek fonksiyonları yeterli, periferel nabızlar güçlü,ekstremiteler yeterli sıcaklıkta ve renktedir.

Hemşirelik Girişimleri

- Hastanın aldığı çıkardığı sıvı (her 8-12 saatte bir) izlemi yapılır.
- Vital bulgular ve mental durum (her 4 saatte bir) değerlendirilir.
- Deri turgoru ve periferel nabızlar her nöbet değişiminde kontrol edilir.
- İdrar Ph,dansitesi ve volümü kontrol edilir.
- Oral sıvı alımı sağlanır.Günlük sıvı alımı kontrol edilir,herhangi bir kontrendikasyon yoksa 2500ml/gün olacak şekilde düzenlenir.
- Heparin hastanın tedavi protokolüne göre düzenlenir.

Hemşirelik Tanısı: Doku hipoksisine bağlı ağrı.

Beklenen Hasta Sonuçları: Hasta rahatsızlığının giderildiğini ifade eder, vücut postürü ve yüzü rahatlamıştır.

Hemşirelik Girişimleri

- Ağrı tanılama formu ile ağrının yoğunluğu, lokalizasyonu ve şiddeti belirlenir.
- Hastaya rahat edebileceği pozisyon verilir.
- Çevre düzenlemesi yapılır.
- Hastanın yeterli dinlenmesi sağlanır, mümkünse hastanın toleransına göre işlem, tedavi ve aktivite zamanları arasında düzenleme yapılır.
- Hastanın ağrının giderilmesine yönelik alternatif yöntemleri (örneğin: müzik tedavisi, hayal etme ve diğer yöntemler) kullanmasında destek verilir.
- Hastanın tedavi planı (analjezik önerilmişse) uygulanır.

Hemşirelik Tanısı: Arteriyel hipotansiyon,kan akımı ve oksijen desteğinde bozulmaya bağlı gaz değişiminde yetersizlik.

Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın vital bulguları stabil, dispnesi azalmış, aktivite intoleransı azalmış, periferel nabızlar güçlü ve düzenlidir.

Hemşirelik Girişimleri

- Hasta yarı oturur pozisyona getirilir.
- Derin solunum yapması önerilir.

- Oksijen desteği sağlanır.
- Pulse oksimetri ölçümü düzenli olarak yapılır, sonuçları kayıt edilir.
- Solunumun hızı, derinliği, şekli, dispne ve yardımcı solunum kaslarının katılımı saptanır.
- Mental durum ve davranış değişiklikleri belirlenir.
- Hastanın dinlenmesi sağlanır.
- Hastanın kan basıncı, nabız ve solunumu izlenir.
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde yardımcı olunur.
- Hastanın anksiyetesini azaltmak için gereksinimleri doğrultusunda yeniden tanılanır.
- Hastaya palpasyon ve dispneyi bildirmesi konusunda bilgi verilir.
- Hastanın deri rengi ve ısısı saptanır.

Hemşirelik Tanısı: Doku oksijenlenmesinin azalmasına bağlı kardiyak atımda azalma.

Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın vital ve laboratuvar bulguları normal sınırlar içerisinde, günlük yaşam aktivitelerine katılım gösterir, periferel nabızlar güçlü ve atımları düzenli, deri sıcak, kuru ve rengi normaldir.

Hemşirelik Girişimleri

- Hastaya yarı oturur yada yüksek oturur pozisyon verilir.
- Hastanın aritmisi varsa tedavisindeki ilaçları uygulanır.
- Çevrenin sessiz, dinlendirici olacak şekilde düzenlenmesi yapılır.
- Hastanın gevşeme tekniklerini kullanması sağlanır.
- Hastaya oksijen tedavisi uygulanır.
- Hastanın deri rengi ve ısısı saptanır.
- Hastanın laboratuvar bulguları izlenir.
- Hastanın apikal ve tüm periferel nabızları kontrol edilir.

Hemşirelik Tanısı: Sağlık durumunda değişiklikler ve ölüm korkusuna bağlı gelişen anksiyete.

Beklenen Hasta Sonuçları: Hasta durumu ile ilgili korku ve endişelerini rahatlıkla ifade edebilir, baş etme yöntemlerini bağımsız bir şekilde kullanabilir.

Hemşirelik Girişimleri

- Hastanın korku ve endişelerini açıklamasına izin verilir, hastalık süreci, tedavi ve girişimleri anlaması sağlanır.

- Hastada özellikle anksiyeteli dönemlerde güvenlik önlemleri alınır ve gereksinimi doğrultusunda bu önlemler yeniden değerlendirilir.
- Hasta ile iletişim sırasında açık ve anlaşılır bir dil kullanılır.
- Hastaya verilen bakımın sürekliliği sağlanır.
- Hastanın çevresine oryante olması sağlanır ve bunun için desteklenir.
- Hastaya işlemler ile ilgili açık, yalın bir anlatım dili ile bilgi verilir.
- Hastada uyaranların etkisini azaltmak için çevre düzenlemesi yapılır.
- Hasta korku yada anksiyete ile ilgili duygularını not etmesi konusunda bilgilendirilir.
- Hastanın uyum mekanizmaları geliştirebilmesi konusunda bilgi alması sağlanır ve cesaretlendirilir.

Hemşirelik Tanısı: Hipotansiyon, hipoksi ve bilişsel algılamada bozulmalara bağlı bilinç düzeyinde bozulmalar

Beklenen Hasta Sonuçları: Hasta zorlanmadan günlük yaşam aktivitelerini yapabilir ve hareket eder.

Hemşirelik Girişimleri

- Hastanın kan basıncı, nabız ve solunumu izlenir.
- Nörolojik belirtiler izlenir.
- Hastaya oksijen tedavisi uygulanır.
- Hastaya sessiz bir ortam sağlanır.
- Hastaya uyarıcı etkisi olan gıdalardan (kafein, sigara) kaçınması konusunda bilgi verilir.
- Hastaya günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve hareket etmesi konusunda destek verilir.
- Arteriyel kan gazları izlenir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

YDP fizyopatolojik mekanizmaları, klinik ve laboratuvar bulguları ile karmaşık bir olaydır ve hemostatik sistem ile çok yönlü bir etkileşim halindedir. Bu nedenle YDP'nin erken tanılanmasında; klinik belirti ve bulguların, etyolojik faktörlerin ve YDP riski taşıyan hastaların zamanında değerlendirilmesi hayati önem taşımaktadır. YDP'nin başarılı bir şekilde yönetilmesinde, tanı, tedavi ve iyi bir hemşirelik bakımı gerekli ve kaçınılmazdır. Ayrıca YDP'nin yönetiminde; sağlık bakım ekibi üyesi olan hemşirelerin hastanın durumu ve beklenen sonuçları etkileyebilecek işlemler, tedaviler, araç-gereç uygulamaları ve bakımla ilgili bilgilerin artırılmasına yönelik hizmet içi eğitim programları, kurslar, seminer, panel ve kongrelere katılımlarının teşvik edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Angstrum M, Dempfle C, Spannagl M.(2006) New Disseminated Intravascular Coagulation score: A Useful Tool to Predict Mortality in Comparison With Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II and Logistic Organ Dysfunction scores. *Crit Care Med.*; 34, 2, p.314-320.
2. Bayık M (2007). Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma. http://www.thd.org.tr/doc/kurs_pdf/9_MSEK_03.pdf (erişim tarihi: 2009)
3. Baktiari K, Meijers J, Jonge E, Levi M (2004). Prospective Validation of the International Society of Thrombosis and Haemostasis Scoring System for Disseminated Intravascular Coagulation. *Crit Care Med.* 32; 12; 2416-2421.
4. Bick R (2002). Disseminated Intravascular Coagulation: A Review of Etiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Management: Guidelines for Care. *Clin Appl Thromb Hemost*; 8; 1-31.
5. Birol L. (2003) Kan Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ünite X.İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın No: 2, İstanbul, 485-491.
6. Büyükaşık Y (2004). Dissemine İntravasküler Koagülasyon. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 1, 5-12.
7. Corbetti T,Buchsel P (2005). Disorders of Platelets and Clotting Factors. In: Black J, Hawks J. *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*.7th Edition: Elsevier Foundation; 2, 2306-2310.
8. Çelebi H (2007).Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma. http://www.thd.org.tr/doc/kurs_pdf/2007thtk_11.pdf (erişim tarihi:2009)
9. Gando S, Saitoh D, Ogura H., Mayumu T, Koseki K, İkedo T, et al (2008). Natural history of disseminated intravascular coagulation diagnosed based on the newly established diagnostic criteria for critically ill patients: Results of a multicenter, prospective survey. *Crit Care Med.* 36, 1,,145-150.
10. Gobel B (1999). Disseminated Intravascular Coagulation.Seminars in Oncology Nursing, 15, 3, 174-182.
11. Gökçe E, Irmak K (2007). Dissemine İntravasküler Koagülasyon. *Kafkas Üni. Vet Fak Derg.*13, 2, 215-222.
12. Gül M., Çelik M (2004). Dissemine İntravasküler Koagülopati (DIC). *Sendrom*, 74-81.
13. Ho L., Kam P., Thong C.L (2005). Disseminated Intravascular Coagulation. *Current Anaesthesia & Critical Care* 16, 151-161.
14. Hough R, Hag I (2001). Süleymanlar İ,Süleymanlar G, Ünal S (Çev Ed). *İç Hastalıkları*. Birinci baskı, Ankara: Öncü basımevi, 375-376.
15. Kitchens C. (2009) Thrombocytopenia and Thrombosis in Disseminated Intravascular Coagulation (DIC). *American Society of Hematology*, 240-246.
16. Levi M (2007). Disseminated Intravascular Coagulation. *Crit Care Med.*35, 9, 2191-2195.
17. Prieto M (2002). Disseminated Intravascular Coagulation. *International Congress Series* 1237, 163-168.
18. Sivula M, Tallgren M, Pettila V (2005). Modified Score for Disseminated Intravascular Coagulation in the Critically ill. *Intensive Care Med.*31: 1209-1214.
19. Stewart C (2001) Disseminated Intravascular Coagulation (DIC). *Australian Critical Care* 14, 2, 71-74.
20. Tucker S, Canobbio M, Wells M (1996). Hematologic System. In: Tucker S, Canobbio M, Wells M *Patients Care Standards: Collaborative Practice Planning Guides*. Sixth Edition: Mosby Company, 215-249.
21. Ural A (2007) Dissemine İntravasküler Koagülasyon. http://www.thd.org.tr/doc/kurs_pdf/2007thtk_11.pdf (erişim tarihi:2009).
22. White L., Duncan G (2003). *Nursing Care of the Client: hematologic and Lymphatic Systems*. 2 nd Edition, USA, Delmar Publishing, 477-505.
23. World Health Organization (2005). Edinsel Kanama Bozuklukları. *Kanın Klinik Kullanımı El Kitabı*. Ed. Ar M, Bilgen H, Utku T. Dünya Sağlık Örgütü Kan Transfüzyonu Güvenliği, Cenevre. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Transfüzyon Komitesi, İstanbul, 115-117.

KAPSÜL ENDOSKOPİDE HEMŞİRENİN ROLÜ

THE NURSE'S ROLE IN CAPSULE ENDOSCOPY

Ar.Gör. Serpil YÜKSEL

Doç.Dr. Deniz ÖZTEKİN

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Bu makale 28-31 Ekim 2009 tarihleri arasında Lara/Antalya'da düzenlenen "9.Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi" Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Kapsül endoskopi, özellikle gastrointestinal sistemin ince bağırsak bölümünü görüntülemek için geliştirilmiş, invaziv olmayan, güvenli, kolay uygulanabilir bir görüntüleme yöntemidir. Yapılan çalışmalar, geleneksel yöntemlerle yeri tespit edilemeyen gizli ve görünür gastrointestinal kanamalarının nedeninin belirlenmesinde, Chron's hastalığının ve diğer inflamatuvar bağırsak hastalıklarının tanılmasında kapsül endoskopinin başarılı bir yöntem olduğunu göstermiştir. Bir kapsül endoskopi işlemi görüntülerinin yorumlanması, ortalama iki saatlik bir zaman dilimi gerektirmektedir. Görüntülerin ön değerlendirmesinin gastroenterolog yerine endoskopi hemşireleri tarafından yapılmasının tanılama sürecini hızlandıracağı ileri sürülmektedir. Literatür bilgileri, kapsül endoskopi işleminde, deneyimli endoskopi hemşirelerinin üstün performans gösterdiğini, ön değerlendirmeyi başarılı bir şekilde yaparak tanılama sürecini kısalttığını ortaya koymaktadır. Bu derleme, kapsül endoskopi işleminde, endoskopi hemşiresinin rolünü literatür ışığında irdelemek amacıyla planlandı.

Anahtar Kelimeler: kapsül endoskopi, endoskopi hemşireliği, video kapsül, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Capsule endoscopy is a noninvasive, safe and easily applicable imaging method which is especially developed to visualize the small intestine area of the gastrointestinal system. Researches have showed that capsul endoscopy is a successful method in evaluation the cause of obscure and visible gastrointestinal bleeding that the conventional methods can not be detected and in the diagnosis of Crohn's disease and other inflammatory bowel disease. The capsule endoscopy images require approximately two hours to interpret. It is suggested that when the pre-assessment of the images is performed by nurses instead of gastroenterologists, the diagnosis process will be accelerated. Literature information puts forward that experienced endoscopy nurses put in an outstanding performance in capsule endoscopy procedure, and successfully performing the pre-assessment they

shorten the diagnosis process. This review was planned with the aim of investigating in the light of the literature the roles expected from endoscopy nurses in the capsule endoscopy procedure, a new visual diagnosis method.

Key Words: Capsule endoscopy, endoscopy nursing, video capsule, nursing care

GİRİŞ

Kapsül endoskopi (KE), 2001 yılında Avrupa ve Amerika'da uygulanmaya başlanmış, invaziv olmayan, güvenli, kolay uygulanabilen, iyi tolere edilebilen bir tanısal görüntüleme yöntemi olup, özellikle gastrointestinal sistemin (GİS) ince bağırsak bölümünü görüntülemek için geliştirilmiş kablosuz bir yöntemdir. İnce bağırsak mukozasının endoskopik, radyolojik ve nükleer tıp yöntemleriyle tam olarak görüntülenmesi mümkün değildir. Standart üst GİS endoskopisi ve kolonoskopi ile ince bağırsaklar görüntülenememektedir. Push enteroskopi ve sonda tipi enteroskopi yöntemleriyle uygulanan işlemlerin uzun sürmesi ve görüntü kalitelerinin iyi olmaması, yanı sıra intraoperativ enteroskopinin ciddi yan etkileri olan invaziv bir yöntem olması, yaygın kullanılmamalarına neden olmaktadır. İnce bağırsaklar, uzunluğu (3-5 metre), yerleşimi ve şeklinin uygunsuzluğu nedeniyle teknik olarak incelenmesi oldukça zor olan bir organdır. Enteroskop, duodenojejunal fleksur ötesine sadece 120 cm ilerletilebilmekte, mukozal değişiklikler tam olarak tanılanamamaktadır (Bossa ve ark. 2005, Eliakim 2006, Ersoy ve Bayraktar 2004, Gay ve ark. 2004, Levinthal ve ark. 2003, Makins ve Blanshard 2006, Muñoz-Navas 2009, Sidhu ve ark. 2006, Tekin ve Vatansev 2007). Son yıllarda, KE alanında gelişmeler olmuş, KE, GİS'in üst (özofagus) ve alt (kolon) bölümlerinin görüntülenmesi için de kullanılmaya başlanmış, bu uygulamalar için kapsüller tasarlanmıştır (Galmiche ve ark. 2008, Muñoz-Navas 2009).

KE, 2001 yılında Gıda ve İlaç Kurumu'nca (FDA: Food and Drug Administration) Amerika'da, Avrupa İlaç Ajansı'nca (EMA: European Medicines Agency) Avrupa'da onaylanmıştır. Bu teknik, dünya çapında, 4500 gastrointestinal merkezde uygulanmaktadır. 2001 yılından bugüne, dünya çapında yaklaşık 650.000 KE işleminin yapıldığı, 1000'den fazla tıbbi literatür yayınlandığı bilinmektedir (Muñoz-Navas, 2009). Dünyaca ünlü gastrointestinal kuruluşlar (Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Birliği (ASGE: American Society for Gastrointestinal Endoscopy), Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Birliği (ESGE: The European Society of Gastrointestinal Endoscopy), Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE:The National Institute of Clinical Excellence)) KE kullanımıyla ilgili rehberler yayınlamıştır (Makins ve Blanshard 2006, Muñoz-Navas 2009, Sidhu ve ark. 2008).

KE, ülkemizde Şubat 2003 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Ünitesi'nde

uygulanmaya başlanmış, Şubat 2003-Nisan 2004 tarihleri arasında toplam 22 hastaya KE uygulanmıştır (Ersoy ve Bayraktar, 2004). İzleyen yıllarda diğer hastanelerde de (örneğin, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi) KE tanılama yöntemi olarak uygulanmış, sonuçlar kongrelerde sunulmuştur (Akyüz ve ark. 2007, Ersoy ve ark. 2007, Pata ve ark. 2007, Poturoğlu ve ark. 2007).

Kapsül endoskop; kapsül, kapsülden gelen dijital görüntüleri toplayan bir alıcı, kapsül ve alıcının çalışabilmesi için bir enerji kaynağı, toplanan dijital görüntülerin video görüntüsü şeklinde seyredilebilmesi için programlanmış bir bilgisayardan oluşmaktadır. Kapsül, 11 x 26 mm boyutlarında, 3,7 gr ağırlığında, içerisinde ışık kaynağı, kamera, pil ve alınan görüntüleri dışarıya aktaran transmitter-anten sistemi, 2 adet bataryası olan silindir şeklinde, bir vitamin tableti boyutundadır. Kolay yutulabilen ve kaygan özellikte olup, tek kullanımlıktır. Hasta üzerine yerleştirilen özel sekiz adet 4 cm çaplı elektrot ile kapsülden gelen dijital görüntüler hafızada saklanmaktadır. Hasta üzerindeki elektrotlar ile kapsülün GİS içerisindeki yeri tespit edilebilmektedir. Enerji kaynağı, şarj edilebilir özellikte ve en az 8 saat görüntü almaya yetecek güçtedir. Alıcı ve enerji kaynağı hastaya takılan bir yelek veya kemer ile kolaylıkla taşınabilmektedir (Eliakim 2006, Ersoy ve Bayraktar 2004, Gay ve ark. 2004, Köksal ve ark. 2004, Levinthal ve ark. 2003, Muñoz-Navas 2009, Tekin ve Vatansev 2007, Sidhu ve ark. 2006, Sidhu ve ark. 2008).

KE, günümüzde kullanılan yöntemlerle (üst GİS endoskopisi, kolonoskopi ve anjiyografi) yeri tespit edilemeyen gizli (gaitada gizli kan, demir eksikliği) ve görünür GİS kanamalarının nedeninin belirlenmesi, Chron's, Behçet ve diğer inflamatuvar bağırsak hastalıklarının (İBH), non-sterodial antiinflamatuvar ilaç enteropatisinin, ince bağırsak polipozis sendromunun, ince bağırsak tümörlerinin, özofagus hastalıklarının (Gastroözofajiyal Reflü, Barrett Özofagus vb.) tanınması, kronik diyaresi olanlarda (6 aydan uzun süren) nedeninin belirlenmesi amacıyla uygulanmaktadır. Çölyak Hastalığı'nda da hem tanısal amaçlı, hem de hasta takibinde KE 'den yararlanılmaktadır. İnce bağırsak transplantasyonu uygulanan hastalarda, intestinal greft versus host hastalığında immünosupresif tedaviye yanıtı izlemek amacıyla da KE'den yararlanılabilmektedir (Eliakim 2006, Ell ve ark. 2002, Ersoy ve Bayraktar 2004, Lema ve Ruano-Ravina 2008, Levinthal ve ark. 2003, Makıns ve Blanshard 2006, Mata ve ark. 2004, Muñoz-Navas 2009, Mylonaki ve ark. 2003, Sidhu ve ark. 2006, Sidhu ve ark. 2007, Sidhu ve ark. 2008, Tekin ve Vatansev 2007).

KE, kalp pili gibi elektromanyetik yapıda implantı olan ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılacak olan hastalarda, dijital görüntü kalitesi bozulacağı için uygulanmamalıdır. Ancak,

Leighton ve ark (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, kalp pili olan hastalarda da KE işleminin başarılı bir şekilde uygulanabileceği gösterilmiştir. Diabetes mellitus ve hipotiroidisi olan hastalarda, antidepresan, antikonvülzan ilaç kullananlarda peristaltizm yavaşladığından, pil ömrünün işlemin tamamlanması açısından yetersiz olabileceği düşünülmelidir. Gebelerde, entübe ve yatağa bağımlı olan hastalarda kapsülün yutturulması süreci ile ilgili teknik zorluk, peristaltizm yavaşlaması ve pozisyona bağlı olarak kapsülün ilerleyememesi nedeniyle KE önerilmemektedir. KE, GİS' inde fistül, darlık veya tıkanıklık olan hastalarda, kapsülün ilerleyememesi veya tıkanıklığa neden olabilmesi açısından uygulanmamalıdır (Ersoy ve Bayraktar 2004, Köksal ve ark. 2004, Leighton ve ark. 2004, Tekin ve Vatansev 2007).

KE'nin avantajı, hastanın hastanede yatmasına gerek kalmaksızın günlük aktivitelerini engelsiz yapabilmesidir. İşlem sırasında herhangi bir sedasyon uygulanmamakta, birey invaziv bir girişime ve radyasyona maruz kalmamaktadır. 5 yaş ve üzerindeki (pilor ve ileoçekal kapağın kapsül geçişine izin verecek büyüklükte olması gerekir) tüm bireylere uygulanabilmektedir (Ersoy ve Bayraktar 2004, Levinthal ve ark. 2003, Muñoz-Navas 2009, Tekin ve Vatansev 2007).

KE'nin bu avantajlarının yanı sıra, endoskopik tedavi veya biyopsi yapılamaması, kapsülün uzaktan kontrol edilememesi, bazı hastalarda lezyonların boyutunun ve yerinin tam olarak belirlenememesi gibi kısıtlayıcı yönleri de bulunmaktadır. KE yaklaşık %11 oranında (Ülseratif kolit için %0,5 ve neoplastik hastalıklar için %18,9) yalancı negatiflik verebilmektedir. Çekumun kapsülle görüntülenememe oranı da %20'dir (Köksal ve ark. 2004, Muñoz-Navas 2009).

KE sırasında görülebilecek en önemli komplikasyon, kapsülün GİS içinde en az 2 hafta kalması anlamına gelen kapsül retansiyonudur. Bu komplikasyonun görülme sıklığı %1-8 oranında olup, bireyde var olan hastalıklara göre değişiklik gösterebilmektedir. Bilinen Crohn's hastalığı, non-steroid antiinflamatuvar ilaç (NSAI) striktürü, radyasyon enteriti ve ince bağırsak tümörü olan hastalarda retansiyon riski artmaktadır. Retansiyon görülme sıklığı sağlıklı bireylere %0, gizli GİS kanaması olanlarda %1,5, şüpheli Chron's hastalığı'nda %5, intestinal obstrüksiyon'da %21'dir. Retansiyon gelişen hastada, etkin tedavi endoskopi veya cerrahi girişimle kapsülün çıkarılmasıdır (Eliakim 2006, Muñoz-Navas 2009).

KE, ince bağırsakların görüntülenmesinde, ince bağırsak hastalıklarının tanılanmasında ve hastalığın seyrinin izlenmesinde etkin bir yöntem olarak kabul edilmektedir (ElI ve ark. 2002, Ersoy ve ark. 2007, Makıns ve Blanshard 2006, Mata ve ark. 2004, Mylonaki ve ark. 2003, Rajesh ve ark. 2009) Ancak, KE görüntülerinin yorumlanması

zaman alıcı olduğundan, tanılama süreci uzamakta, işlem maliyetinde artışa neden olabilmektedir. Literatür bilgileri, KE işleminde, deneyimli endoskopi hemşirelerinin üstün yetenek gösterdiğini, ön değerlendirmeyi başarılı bir şekilde yaparak tanılama sürecini kısalttığını ortaya koymaktadır (Bossa ve ark. 2006, Fern´andez-Urīen ve ark. 2005, Levinthal ve ark. 2003, Nıv ve Nıv 2005, Ripahus ve ark. 2009, Sidhu ve ark. 2007).

Bu derleme, kapsül endoskopi işleminde, endoskopi hemşiresinin rolünü literatür ışığında irdelemek amacıyla planlandı.

KAPSÜL ENDOSKOPİ ÖNCESİ HASTA HAZIRLIĞI VE İŞLEM

KE işleminin öncesi dönemde hasta, 3 günlük sıvı diyetle alınmalı (Ersoy ve Bayraktar 2004, Tekin ve Vatansev 2007) en az 8 saat süreyle aç bırakılmalıdır (Köksal ve ark. 2004). Hastaya işlem açıklanmalı ve aydınlatılmış onam alınmalıdır. Bağırsak içeriğinin varlığı veya motilite bozuklukları, intestinal mukozanın tam olarak görüntülenememesine neden olabileceğinden, hekim istemi doğrultusunda bağırsak hazırlığı yapılabilir. KE öncesi bağırsak hazırlığı sürecinde, prokinetik kullanımının, ince bağırsak temizlik kalitesini ve görüntü kalitesini arttıracığı bildirilmektedir (Eliakim 2006, Muñoz-Navas 2009). Bazı kaynaklarda, bağırsak hazırlığı için işlem öncesi gece hastaya iki paket (1 lt) polietilen glikol solusyonu içirilmesinin ve gece 24.00' den sonra aç bırakılmasının yeterli olacağı belirtilmektedir (Eliakim 2006, Sidhu ve ark. 2007, Sidhu ve ark. 2008). Ancak, KE öncesi ince bağırsak temizliği halen tartışmalı bir konudur (Muñoz-Navas 2009). GİS'de hava kabarcığı oluşumunu azaltarak görüntü kalitesini arttırmak üzere hastalara işlem günü 20 ml simetikon içirilebileceği, mide bulantısını önlemede ise, kapsül yutulmadan 30 dakika önce 10 mg metoclopramide uygulanabileceği önerilmektedir (Ripahus ve ark. 2009).

Kapsül yutulmadan önce, 8 cilt anteni hastanın ön karın duvarına bantlanır ve sabit diske bağlanır. Hasta kapsülü birkaç yudum su ile yutar, kapsül GİS boyunca normal peristaltik hareket ile ağrı ve engel oluşturmadan ilerler. Kamera, kapsülün manyetik tutucudan ayrılmasıyla aktive olur ve her iki saniyede bir dijital görüntü alır. Kapsül yutulur yutulmaz görüntü alınmaktadır. Kapsül, GİS boyunca ilerlerken, kamera 140 derece açı ile GİS mukozasını inceleyebilmekte, 0.1 mm'ye kadar odaklanabilmekte, 1-30 mm derinlikte görüntü alabilmekte ve görüntüleri 8 kat büyütebilmektedir. Kapsül, aldığı görüntüleri hasta üzerine takılan kaydediciye (alıcı) gönderir. İşlem 7,5-8 saat sürer ve ortalama 50,000-54,000 görüntü alınır. Alıcı ve kaydedicinin bağlantısı 8 saat sonra kesilir ve görsel veriler inceleme alanına indirilir (Bossa ve ark. 2005, Eliakim 2006, Lema ve Ruano-Ravina 2008, Muñoz-Navas

2009, Sidhu ve ark. 2007). İşlem süresince, görüntü kalitesinin bozulmaması için hastaların ağır egzersiz yapmaması ve yoğun manyetik alan içeren bölgelerden uzak kalması gerekmektedir. Hastalar, işlemden 2 saat sonra hafif içecekler içebilmekte, 4 saat sonra ise hafif gıdalarla beslenebilmektedir. Birey, işlem sırasında günlük aktivitelerini yerine getirebilmektedir. Kapsül, 24-48 saat içinde ileoçekal kapaktan geçerek çekuma ulaşmakta ve feçesle atılmaktadır (Ersoy ve Bayraktar 2004, Muñoz-Navas 2009, Sidhu ve ark. 2006, Tekin ve Vatansev 2007).

KAPSÜL ENDOSKOPI İŞLEMİNDE ENDOSKOPI HEMŞİRESİNİN ROLÜ VE BEKLENTİLER

Kapsül endoskopi işleminde hemşirenin geleneksel rolü, hastanın işleme hazırlanması, alıcıların hasta üzerine yerleştirilmesi, kapsülün yutturulması, görüntülerin hekim tarafından yorumlanabilmesi için bilgisayara kaydedilmesidir (Bossa ve ark. 2006). Son yıllarda, bu geleneksel rolün dışında, hemşirelerin KE görüntülerinin ön değerlendirmesini yaparak anlamlı lezyonları saptayabileceği ileri sürülmektedir. Bunun nedeni, KE'de video görüntülerinin yorumlanmasının zaman alıcı olması ve tek bir olguda tüm görüntülerin değerlendirilmesinin (30/36 dak.-120/180 dak.) 2 saatten daha uzun sürmesidir. Yorumlamanın uzun sürmesi KE maliyetini artırmaktadır. Sağlık bakım sistemlerindeki iş yoğunluğu, sağlık çalışanlarının sayısal yetersizliği ve maliyet etkinliği çalışmaları dikkate alındığında, KE ön yorumlamanın uzman hekimler yerine eğitilmiş hemşirelerce (örneğin endoskopi hemşireleri) yapılması, zaman ve maliyet açısından yararlı olup, hekime zaman kazandırmakta, tanılama sürecini hızlandırarak gözden kaçan lezyon sayısını azaltmaktadır (Bossa ve ark. 2006, Levinthal ve ark. 2003, Niv ve Niv 2005, Ripahus ve ark. 2009, Sidhu ve ark. 2007). Sadece KE için değil, diğer tanılayıcı endoskopi uygulamalarının da (üst GİS endoskopi ve sigmoidoskopi gibi) hemşire sorumluluğunda olmasının, artan endoskopi talebinin karşılanmasında etkin bir çözüm olacağı ileri sürülmektedir. Tanılayıcı üst GİS endoskopi uygulamasında, hemşire ve hekimin performansının karşılaştırıldığı 3 randomize çalışma sonuçları, hemşirelerin bu alanda yeterli performansa sahip olduğuna, sonuçların ileri çalışmalarla da kanıtlanması gerektiğine işaret etmektedir (Verschuur ve ark. 2007).

Hemşirelerin KE yorumlamadaki bilgi ve becerilerini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmalar, vaka analiz eğitimi alan deneyimli endoskopi ve gastroenteroloji hemşirelerinin, KE yorumlama işleminde deneyimli gastroenterologlar kadar başarılı olduklarını ortaya koymuştur (Bossa ve ark. 2006, Fern´andez-Uri´en ve ark. 2005, Levinthal ve ark. 2003, Niv ve Niv 2005, Ripahus ve ark. 2009, Sidhu ve ark. 2007). Amerika'da yapılan bir çalışmada, deneyimli (12 yıl) bir endoskopi hemşiresinin KE yorumlama eğitimi aldıktan sonra, anlamlı lezyonlardan

%93'ünü doğru saptayabildiği, olguların %90'ında kapsülün, pilordan ve ileoçekal kapaktan geçiş zamanını belirleyebildiği görülmüştür (Levinthal ve ark. 2003). İsrail'de yapılan benzer bir çalışmada, deneyimli (20 yıl), KE eğitimi (15 vaka analizi) almış, gastroenteroloji hemşiresi ile gastroenterologun KE yorumları karşılaştırılmış, hemşirenin lezyon bulunan 38 olgudan 3'ünde 3 lezyonu (şüpheli Barrett özofagus, duodenumda yassı mukoza), hekimin 4 lezyonu (gastrik mukozada pıhtı, şüpheli Barrett özofagus, ileal lezyon, ileal polip) gözden kaçırdığı sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada, KE'nin ön değerlendirme işleminin hemşireler tarafından yapılmasının hekime hızlı değerlendirme için zaman kazandıracığı ve maliyeti azaltacağı da belirtilmiştir (Niv ve Niv 2005). Deneyimli gastroenterolog, endoskopi hemşiresi ve KE eğitimi almış bilirkişinin, 20 KE yorumunun karşılaştırıldığı diğer bir çalışmada ise, okuyucuların lezyonların yerini, tipini ve belirtilerle olan ilişkisini benzer şekilde sınıflandırdığı, diğer iki okuyucunun da gastroenterolog kadar doğru değerlendirme yapabildiği izlenmiştir (Fernández-Urien ve ark. 2005). Aynı alanda son 3 yılda yapılan çalışmalar incelendiğinde de sonuçların önceki yılları desteklediği görülmektedir. Örneğin, Bossa ve ark.(2006), tarafından yapılan bir çalışmada, deneyimli (13 yıl) endoskopi hemşiresiyle deneyimli endoskopistin (20 yıl), KE eğitimi sonrası (5 gün) 41 hastaya ait KE yorumları karşılaştırılmış, hemşirenin anormal ve şüpheli lezyonları saptayabildiği, hastada olumsuz etkiye neden olabilecek hiçbir önemli lezyonu atlamadığı görülmüştür. Yine bu çalışmada, hemşire tarafından yapılan ön değerlendirmenin KE yorumlama zamanını % 90 oranında kısalttığı, endoskopiste zaman kazandırdığı ve analiz maliyetini %30 oranında düşürdüğü de belirlenmiştir (Bossa ve ark. 2006). Riphau ve ark. (2009) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da, endoskopi hemşireliği deneyimine (10 yıl) sahip olan ve KE eğitimi (10 vaka analizi) alan hemşirenin ve gastroenterologun, 48 KE olgusuna yönelik yorumları karşılaştırılmış, hemşirenin lezyonların %94'ünü tanıladığı anlaşılmıştır. Aynı çalışmada, hemşirenin, hekimin saptadığı 64 lezyondan 4'ünü, hekimin de hemşirenin saptadığı 68 lezyondan 6'sını gözden kaçırdığı belirlenmiş, bu lezyonların anjiyektazi (angiectasia/damar genişlemesi) olduğu ve bu gözden kaçırmanın hasta sağlığına olumsuz etkisinin olmayacağı ifade edilmiştir (Riphau ve ark. 2009).

SONUÇ

Sonuç olarak, literatür bilgileri, endoskopi alanındaki önemli gelişmelerden biri olan KE işleminde, uygulamalı KE yorumlama eğitimi alan deneyimli endoskopi hemşirelerinin üstün yetenek gösterdiklerini, ön değerlendirmeyi başarılı bir şekilde yaparak tanılama sürecini kısalttıklarını ortaya koymaktadır. Lezyonların yer ve özelliğinin saptanması, isimlendirilmesi patoloji, fizyoloji ve anatomi bilgisi

gerektirmektedir. Endoskopi hemşirelerinin gösterdiği üstün yetenek, kuramsal ve uygulama boyutundaki donanımlarının yeterli olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemizde, KE işlemi hekimler tarafından uygulanmakta ve yorumlanmakta olup, yorumlamanın uzun sürmesinden kaynaklanan sorunlara ve çözüm önerilerine ilişkin yapılmış klinik çalışmalar bulunmamaktadır. Ülkemiz endoskopi birimlerinde çalışan hemşirelerin, KE işlemine ilişkin bilgilerinin ve rollerinin irdelendiği çalışmalara da literatürde rastlanmamaktadır.

Gelecekte yapılacak klinik çalışmalara yol göstereceği inancı ile, ülkemizde KE yorumunun endoskopi hemşireleri tarafından yapılmasının yararlı olup olmayacağı, bu uygulamanın nasıl yapılabileceği tartışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akyüz F, Pınarbaşı B, Ermiş F ve ark. (2007). Portal hipertansif hastalarda "obscure" kanamanın nedeni nedir?. 24. Ulusal Gastroenteroloji Haftası, PS-171, Nevşehir, 16-21 Ekim 2007. The Turkish Journal of Gastroenterology, 18 (Suppl.1), 71.
2. Bossa F, Cocomazzi G, Valvano MR ve ark. (2006). Detection of abnormal lesions recorded by capsule endoscopy A prospective study comparing endoscopist's and nurse's accuracy. Digestive and Liver Disease, 38: 8, 599-602.
3. Eliakim AR (2006). İnce bağırsağın video kapsül endoskopisi (PillCam SB). Curr Opin Gastroenterol, 1:2, 99-103.
4. Ell C, Remke S, May A ve ark. (2002) The first prospective controlled trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy in chronic gastrointestinal bleeding. Endoscopy, 34: 9, 685-689.
5. Ersoy O, Bayraktar Y (2004). Gastroenterolojide yeni görüntüleme yöntemi: kapsül endoskopi. Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 4, 212-215.
6. Ersoy O, A Ebru, Büyükaşık Ş ve ark. (2007). Çölyak hastalığında kapsül endoskopi bulguları. 24. Ulusal Gastroenteroloji Haftası, PS-262, Nevşehir, 16-21 Ekim 2007. The Turkish Journal of Gastroenterology, 18 (Suppl. 1), 95.
7. Fernández-Urri'en I, Espinet E, Pérez N ve ark. (2008). Capsule endoscopy interpretation: the role of physician extenders. Rev Esp Enferm Dig, 100: 4,219-224.
8. Galmiche JP, Coron E, Sacher-Huvelin S (2008). Recent developments in capsule endoscopy. Gut, 57: 5,695-703.
9. Gay G, Delvaux M, Rey J-F ve ark. (2004). Capsule endoscopy and diagnosis of digestive diseases. Endoscopy, 36: 10,913-20.
10. Köksal AŞ, Arhan M, Oğuz D (2004). Nedeni bulunamayan gastrointestinal kanamalar. Güncel Gastroenteroloji, 8: 3,173-181.
11. Leighton JA, Sharma VK, Srivathsan K ve ark. (2004). Safety of capsule endoscopy in patients with pacemakers. Gastrointest Endosc, 59: 4, 567-569.
12. Lema LV, Ruano-Ravina A (2008). Effectiveness and safety of capsule endoscopy in the diagnosis of small bowel diseases. J Clin Gastroenterol, 42: 5,466-471.
13. Levinthal GN, Burke CA, FACG ve ark. (2003). The Accuracy of an endoscopy nurse interpreting capsule endoscopy. AJG, 98: 12, 2669-2671.
14. Makins R, Blanshard C (2006). Guidelines for capsule endoscopy: diagnoses will be missed. Aliment Pharmacol Ther, 24: 2,293-297.

15. Mata A, Bordas JM, Feu F ve ark. (2004). Wireless capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding: a comparative study with push enteroscopy. *Aliment Pharmacol Ther*, 20: 2,189-194.
16. Muñoz-Navas M (2009). Capsule endoscopy. *World J Gastroenterol*, 15:13,1584-1586.
17. Mylonaki M, Fritscher-Ravens A, Swain P (2003). Wireless capsule endoscopy: a comparison with push enteroscopy in patients with gastroscopy and colonoscopy negative gastrointestinal bleeding *Gut*,52: 8,1122-1126.
18. Niv Y, Niv G (2005). Capsule endoscopy examination—Preliminary review by a nurse. *digestive diseases and sciences*, 50: 11,2121-2124.
19. Pata C, Akyüz Ü, Erzin Y ve ark. (2007). Çift balon enteroskopisinde 94 hastada uygulanan 108 işlemlik başlangıç sonuçlarımız. 24. Ulusal Gastroenteroloji Haftası, PS-200, Nevşehir, 16-21 Ekim 2007. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 18 (Suppl. 1), 79.
20. Poturoğlu Ş, Meral CE, Karaali ZE ve ark. (2007). Obskür kanama nedeni olarak jejunal stromal tümör ve tanıdaki zorluklar: Olgu sunumu (poster). 24. Ulusal Gastroenteroloji Haftası, PS-42, Nevşehir, 16-21 Ekim 2007. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 18 (Suppl. 1), 39.
21. Rajesh A, Sandrasegaran K, Jennings G ve ark. (2009). Comparison of capsule endoscopy with enteroclysis in the investigation of small bowel disease. *Abdom Imaging*, 34: 4,459-466.
22. Riphaut A, Richter S, Vonderach M ve ark. (2009). Capsule Endoscopy interpretation by an endoscopy nurse-A Comparative trial. *Z Gastroenterol*, 47: 3, 273-276.
23. Sidhu R, Sanders SD, McAlindon ME (2006). Gastrointestinal capsule endoscopy: from tertiary centres to primary care. *BMJ*, 332: 4,528-531.
24. Sidhu R, Sanders DS, Kapur K ve ark. (2007). Capsule endoscopy: Is there a role for nurses as physician extenders? *Gastroenterology Nursing*, 30: 1, 45-48.
25. Sidhu R, Sanders DS, Morris AJ ve ark. (2008). Guidelines on small bowel enteroscopy and capsule endoscopy in adults. *Gut*, 57: 1,125-136.
26. Tekin A, Vatansav C (2007). Gastrointestinal görüntüleme bir yenilik: Kapsül endoskopi. *Selçuk Tıp Derg*, 23: 1,39-43.
27. Verschuur EML, Kuipers EJ, Siersema PD (2007). Nurses working in GI and endoscopic practice: a review. *Gastrointest Endosc*,65: 3,469-479.

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU DERGİSİ

SON KONTROL LİSTESİ

- 1. Makalenin Türü
- Araştırma
- Derleme
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2. Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı
- 3. Yazarlar ve kurumları belirtildi
- 4. Tüm yazarların yazışma adresleri, iş tel, gsm, e-posta belirtildi
- 5. Makale bir kongrede sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi

Özet Sayfası

- 6. Türkçe ve İngilizce yapılandırılmış özet yazıldı (250-300 sözcük)
- 7. Türkçe ve İngilizce özet birbiriyle uyumlu
- 8. Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler yazıldı
- 9. Özetler sayfası metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı

Ana Metin

- 10. Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanıldı
- 11. Gramer ve yazım kurallarına uyuldu
- 12. Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarına Türkçe eşanlamlılarına yer verildi
- 13. Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı
- 15. Derleme makaleler giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak uygun bir sonuç anlatımıyla bağlantılı bir şekilde sunuldu.
- 16. Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul izin yazısı eklendi.

Kaynaklar

- 17. Kaynak gösterimi metin içinde belirtilen kurallara (yazar soyadı ve yayın tarihi) uygun olarak yapıldı
- 18. Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi ve kaynak gösterimi kurallara uygun olarak yapıldı
- 19. Doğrudan yararlanılmayan herhangi bir kaynak kullanılmadı (Elimde kaynakların tümü mevcut ve gerektiğinde dergi yayın kuruluna bunu ispat edebilirim.)

Tablo ve Resimler

- 20. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı
- 21. Başka kaynaklarda alınan şekil, resim, tablolarda kaynak gösterildi

Tüm Makale

- 22. Makalenin sayfa kenar boşlukları kontrol edildi
- 23. Makalenin satır aralıkları uygun
- 24. Makalenin ilgili bölümlerinde uygun yazı karakteri kullanıldı
- 25. Makalenin ilgili bölümleri uygun puntoda yazıldı
- 26. Makale sayfa sınırlarını aşmayacak şekilde yazıldı
- 27. Makalede uygun şekilde sayfa numarası verildi

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....

.....

.....

Başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi' ne vermeyi kabul ediyorum/ ediyoruz. Yayınlanmasını istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu üstlendiğimi/ üstlendiğimizi kabul ederim/ederiz.

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

DERGİ YAZIM KURALLARI

Yayının Kabulü: Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, 3 kopya halinde hazırlanıp dergi editörlüğüne gönderilecektir. Adres: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Editörlüğü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 35100 Bornova-İZMİR. Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergiye gönderilen yazılar geri gönderilmez. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret yada karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı eklenip diskete/CD'ye kaydedilerek gönderilmelidir.

Makalenin Hazırlanışı: Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Bookman, Özet 9 punto Bookman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. Araştırma raporları 16 sayfa, derleme ve olgu sunumları 10 sayfayı (kaynaklar dahil) geçmemelidir.

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

BAŞLIK SAYFASI

- Türkçe Başlık (büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri,
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

ÖZET SAYFASI

Özetler Türkçe ve İngilizce Olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımalı, araştırmanın temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtılmalıdır.

Araştırma makalelerinin özetleri; “Amaç”, “Gereç ve Yöntem”, “Bulgular ve Sonuç” bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir.

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; “Objective”, “Methods”, “Results”, “Conclusion” ve “Key Words” bölümlerini içermelidir.

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtılmalıdır. Anahtar

Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

Olgu Sunumu özetleri olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik süreçlerini içermelidir. İngilizce özetleri de aynı şekilde olmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

DERGİNİN METİN DİLİ:

Derginin yayın dili Türkçe'dir. Ancak yurt dışından gelen çok önemli İngilizce makalelere de yer verilebilir.

METİN:

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşımalıdır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eşanlamalarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.
- Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtilmiş olmalı ve etik kurul izin yazısı eklenmelidir.
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

Araştırma Raporları: Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve Şekiller: Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

Güvenç B (1970) Kültür kuramında bütüncülük sorunu üzerine bir deneme. Ankara, s.51'den alındı.

Fotoğrafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i aşmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır.

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak gelişme ve sonuç anlatımıyla sunulmuş olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

Olgu Sunumları; Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma ve Kaynaklar verilerek yazılmalıdır. Olgu sunumu fotoğraf ve akış şemaları ile desteklenebilir. Fotoğraf ve akış şemaları için gerekli izinler alınmalıdır.

Son Kontrol Listesi; Son kontrol listesi gözden geçirilip, imzalandıktan sonra gönderilen yayına eklenerek gönderilmelidir (ayrı bir sayfa olarak).

Yazarlık / Yayın Hakkı Onay Formu; Tüm yazarlar tarafından imzalanmış olarak gönderilmelidir.

KAYNAK KULLANIMI

Metin içinde: Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtmeli, yazar ve tarih arasına virgül konmamalıdır. İki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve "ve ark." Şeklinde belirtilmelidir.

Örnekler

Graydon (1988), depresyonun...

Sarna ve Mc Corkle (1996), araştırmalarında.....

Lasry ve ark. (1987), yaptıkları çalışmada.....

.....Saptanmıştır (Graydon 1998).

....ortaya çıkarılmışlardır (Bard ve Sutherland 1955).

Aynı yazarın, aynı yıldaki değişik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) şeklinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir. Kaynaklar tarih sırasına göre sıralanmalıdır.

Örnek:

(Argon 1992, Karadakovan 1992).

Kaynakçada: Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş

harfini izleyerek aralarına virgöl konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra “ve ark.” Şeklinde belirtilmelidir.

Dergi isimleri, Index Medicus’a uygun olarak kısaltılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin baş harfi büyük, diğerleri küçük harfle yazılmalıdır.

Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler

Dergi Makalesi

Lorig K, Gonzales VM, Ritter P ve ark. (1997). Coparison of three methods of data collecetion in an urban Spanish-speaking population. Rurs res, 46:4, 230-234

Dergi Eki (Supplement)

Weiss ME (1991) Tymapanic infrared thermometry for fullterm and preterm neonates. Clin. Pedatr, 30 (Supl. 4) , 42-45.

Kitap:

Karasar N (1995) Araştırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd., 101-112.

Kitap Bölümü:

Kaufman CA, Wyatt RJ, (1987). Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde) Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: raven Pres, 1421-31.

Kitap Çevirisi:

Wise MG, Rundell JR (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi (Çev. TT Tüzer, V Tüzer). Compos Mentis yayınları, Ankara, 1997.

Metin içinde “Wise ve Rundell (1994)” şeklinde gösterilir.

Yazar Adı Olmayan Yayınlar

(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):

American Psikiyatri birliği (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Metin içinde “American Psikiyatri Birliği (1994)” şeklinde gösterilir.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) IDC-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. Ed.;MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F.Çuhadaroğlu, İ.Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

Metin içinde “Dünya Sağlık Örgütü (1992)” şeklinde gösterilir.

Kongre Bildirileri:

Kayır A (1986). Tek ve kardeşli ergenlerde şahsiyet yapısı. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul: Mimeray Ofset, 546-52.

Kongre bildirileri kitap haline getirilmemişse, sunulduğu kongrenin adı, yeri, yılı ve sözel yada poster bildiri olduğu belirtilmelidir.

Yayınlanmamış Tez

Yavaş O (1993). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ve örgütsel gereksinimlerine ilişkin bir inceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi sağlık bilimleri Enstitüsü, 53-55.

Yazarı Editör Olan Yayınlar

Uyer G (Ed) (1986). Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde) Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. şti., 52-61.

Basılmamış Yayınlar

Gordes G, Cole JO, Haskell D ve ark. The naturel history of tardive dyskinesia. J.Clin Psychopharmacol, (Baskıda).

Gazete Makalesi

Akbal O (1992). Bilimin özgürlük savaşı. Milliyet Gazetesi, 7 Temmuz 12.

İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa;

Yararlanılan yazının yazarı, yazarı yoksa kurum adı UNICEF gibi kurum adı yoksa kaynak gösterilmemelidir. Yayının başlığı, internet adresi ve son erişim tarihi belirtilerek gösterilebilir.

Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well being. Prevention& Treatment 3, Makale0001a. 20 Kasım 2000'de <http://Journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html> adresinden indirildi.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.